Skills for Communicating with Patients

医患沟通技巧

[原著第二版]

[英] 乔纳森·西尔弗曼（Jonathan Silverman）
[加] 苏珊·库尔茨（Suzanne Kurtz）　主编
[英] 朱丽叶·德雷珀（Juliet Draper）
杨雪松　等译



化学工业出版社

VISIT…

LANZAROTE Caliente.com

Skills for Communicating with Patients

医患沟通技巧

[原著第二版]

◎ 患者来医院究竟想获得怎样的服务?

◎ 为什么当医生自认为在充满同情心、尽心竭力地为病人诊治时，病人却满腹抱怨?

◎ 问题何在? 怎么解决这些问题?

◎ 如何提高患者满意度，减少医疗事故的发生风险?

◎ 《医患沟通技巧》为您解开疑团……

◎ 本书全面系统地介绍了医患沟通的核心技巧；在临床诊疗实践中如何应用这些技巧；医患沟通技巧在改善医患关系、提高医疗效果的作用。对医学生、住院医生、专科医生提高医患沟通水平，避免“医生向左，病人向右”的尴尬大有裨益；同时，也为医疗政策制定者提供有效的帮助。

www.cip.com.cn
读科技图书 上化工社网

销售分类建议：临床医学/医患沟通

ISBN 978-7-122-05271-1

9 787122 052711 >

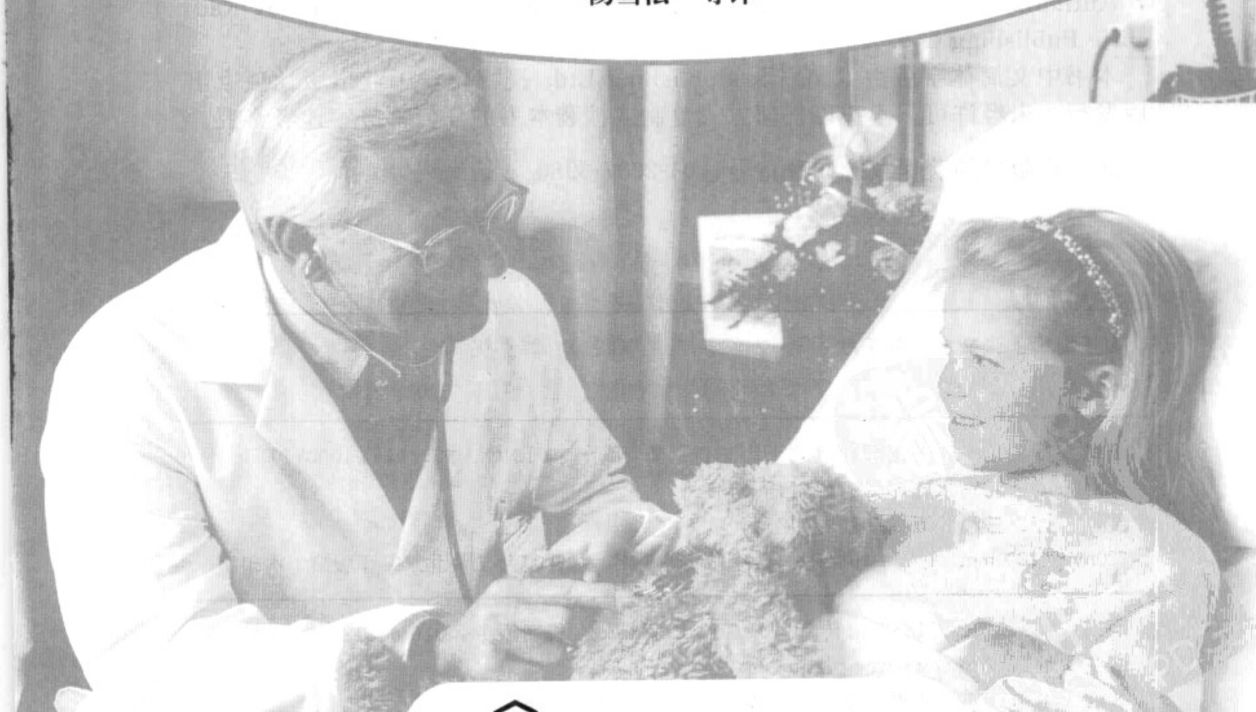
定价：49.00元

Skills for Communicating with Patients

医患沟通技巧

[原著第二版]

[英] 乔纳森·西尔弗曼（Jonathan Silverman）
[加] 苏珊·库尔茨（Suzanne Kurtz） 主编
[英] 朱丽叶·德雷珀（Juliet Draper）
杨雪松 等译



化学工业出版社
·北京·

图书在版编目（CIP）数据

医患沟通技巧：第2版./[英] 西尔弗曼（Silverman，J.），[加] 库尔茨（Kurtz，S.），[英] 德雷珀（Draper，J.）主编；杨雪松等译.—北京：化学工业出版社，2009.6

书名原文：Skills for Communicating with Patients，2nd edition

ISBN 978-7-122-05271-1

Ⅰ.医… Ⅱ.①西…②库…③德…④杨… Ⅲ.医药卫生-人员-人际关系学 Ⅳ.R192

中国版本图书馆CIP数据核字（2009）第057948号

Skills for Communicating with Patients，2nd edition/by Jonathan Silverman，Suzanne Kurtz，Juliet Draper.

ISBN 978-1-85775-640-1

Copyright © 2005 by Jonathan Silverman，Suzanne Kurtz，Juliet Draper. All rights reserved. The author hereby asserts his moral rights in accordance with the Copyright，Designs and Patents Act 1988. The translation edition is published by arrangement with Radcliffe Publishing Ltd.

Authorized translation from the English language edition published by Radcliffe Publishing Ltd.

本书中文简体字版由Radcliffe Publishing Ltd.授权化学工业出版社独家出版发行。未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分，违者必究。

北京市版权局著作权合同登记号：01-2007-3980

责任编辑：张文虎　赵玉欣　　　　装帧设计：韩　飞

责任校对：陈　静

出版发行：化学工业出版社（北京市东城区青年湖南街13号　邮政编码100011）

印　　刷：北京永鑫印刷有限责任公司

装　　订：三河市万龙印装有限公司

720mm×1000mm　1/16　印张16½　字数282千字　2009年7月北京第1版第1次印刷

购书咨询：010-64518888（传真：010-64519686）　售后服务：010-64518899

网　　址：http://www.cip.com.cn

凡购买本书，如有缺损质量问题，本社销售中心负责调换。

定　　价：49.00元

版权所有　违者必究

序一

“如果不会沟通，你所知道的一切都无关紧要”

这一至理名言，是 1982 年 Chris Gardner 第一次告诉我的。它概括了在医疗卫生专业教育中传授、测试和学习沟通技巧的重要性。自 20 世纪 70 年代以来，人们已经认识到，医患之间以及医护专业人员及同事之间的沟通质量会影响医疗质量。到 20 世纪 80 年代。当这一领域的教学活动开始形成时，关于沟通的技巧或至少关于医学沟通的技巧还知之不多。许多教学活动由一些机构来开展，形成了许多不同的、创造性的方法。

几十年来，有大量研究成果发表，为沟通技巧的传授、试验和学习奠定了坚实的基础。现在我们很清楚有哪些首选的技巧，为什么选择它们，以及如何帮助学生理解和把握。这又为医疗卫生专业培训中沟通技巧的教学项目提供了坚实的基础。

1998 年第一版的《医患沟通技巧》(*Skills for Communicating with Patients*) 和《医学沟通技巧教与学》(*Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*) 可以被视为一个里程碑。在 Calgary-Cambridge 指南中有一个结构性的框架，是对医疗卫生专业中有关沟通的全部研究成果及其教学的一个综合性的总结。突如其来地，沟通技巧课程的负责人和研究者，就如我本人，拥有了沟通和教授沟通的循证式指南。这些书迅速地拥有了全球性的读者群，我则自豪于自己为其荷兰语译本做出的贡献。

有几项理由可以说明为什么这两本书是“独占鳌头”。一项理由显而易见，就是它强调证据。在早期，医学沟通强烈植根于理想和信念基础。那时还稍稍疑惑于这一原则有时是否有点荒谬可笑：因为鲜有争论可以进入理性讨论层面。但是时代变了，各个概述显示，我们的同事们没有浪费他们的时间，沟通技巧现在可以被看成是最以证据为基础的医学技巧范畴了。

另一项值得赞赏的理由是，这两本书的编撰语言清楚明白。作者们来自“用一种共同语言分离的两个国家”(依照丘吉尔所言)，然而文化的挑战被克服，或至少被认可：作者们以身作则。

此外更有一个令人钦佩的理由是，作者们使医患沟通与辅导者和学习者之间的沟通并行不悖。概而言之，作者们表明，将 Calgary-Cambridge 指南作为一种框架准则来涵盖医患之间以及辅导者和学习者之间的沟通技巧非常实用。这种一致性使得这两本书从根本上来说非常可信。

现在这两本书有了第二版。单是文献的更新就会使新版大受欢迎，但是作者们更进了一步。他们认识到当今世界的快速发展，人们向医生咨询的方式并不同于 6 年前，培训辅导的方式也不同于以往。新版增加了对沟通内容与沟通过程之间的区别以及评估的关注。所有这些都有助于使我们的领域更加清晰可见。只有通过更好的定义和操作行动，才能深化我们在医疗卫生沟通这一重要领域的知识。长远来看，这些书是为潜在的巨大进步所做的小投入。

我衷心希望作者们能继续其令人敬仰的工作，我迫不及待地盼望数年后会有第三版出现。

Jan van Dalen
Skillslab
Universiteit Maastricht
荷兰
2004. 9.
（许静　译；杨雪松　校）

序二

当我 1959 年开始医学生涯之时，我的老师们是几个世纪以来问诊艺术传统实践的传承者。在一群全神贯注的学生听众面前，泰斗们展现着他们或文雅温和或简单粗暴的盘问，我们也如法炮制。他们向我们展示的是一种他们认为能满足临床医生的数据需要的问询系统，这些数据会用于解决患者提出的诊断难题。他们不关心患者对问诊过程的感受，也没有什么超出一连串封闭式问题的技术。但是今天，许多执业者和医学生的老师以及住院医师们仍然使用同样的技巧。

与此同时，其他的学者则发表了关于人们如何学习、沟通和理解的信息，个别的医生也开始注意到通过改变他们同患者的交谈方式，患者在满意、参与和遵从治疗计划方面得到巨大改进。医患沟通的革命正在进行，尽管我们中一些年长的医生们可能活不到目睹其完全胜利之时，到那时最学术化的医生们也在学习这些新技术并将其模式化传授给学生。在北美和英国的一些医学院里，掌握新知的实践者们已经建立了滩头阵地——有一些项目旨在培训学生必要的技巧以进行更有效、更人性化的医学访谈。

要获得成功，任何强调以患者为中心的沟通教材都不得不克服既来自学校教师又来自学生们的抵制。在学术偏向于操作性科学和以事实为基础的医学领域，许多医学院的老师仍然相信数据通过询问就能被很好地引述出来，学生们的抵制则难以言状。虽然他们原则上赞同医疗实践以患者为中心，但却有许多报告觉得传统医学课程的要求已经不胜负荷，因此奇怪为什么毕生进行沟通的他们还需要在沟通方面接受进一步指导。

因此，有关医患沟通的成功教材就要求既便于教学又要有说服力。有关医学访谈的教材所展示的材料必须既实用，又可及、可理解，并且以最新的研究成果为基础，才有可能克服这种抵制。再版的《医患沟通技巧》正是如此。本书的作者——Jonathan Silverman，Suzanne Kurtz and Juliet Draper，不仅充分描述了获取诊疗信息以使医患双方满意的各种方法，而且以其自身恰当的方式和具有学术权威的引证为良好沟通率先垂范。

本书的组织是以作者们的基本论题为基础的，这就是在医学问诊中有五个左右的序列任务要执行（开始会谈、收集信息、进行体格检查、解释和与患者

制订计划以及结束会谈）；另有两项任务贯穿始终（提供结构和与患者建立关系）。Silverman，Kurtz 和 Draper 将读者引向完成每一个任务必须经过的步骤。在与每一项任务相关的部分，他们都提供了由学生和实习医生所进行的成功的医学访谈实例，并配以评论，让读者从旁侧听到真实的临床医生的观察、注意和分析。实际上，我发现三位作者的同声齐唱是本书的特别乐趣之一。

从我引介医学沟通实践45年来，我们已经有了许多关于与患者交谈的著作。《医患沟通技巧》则是其中的上乘之作，因为它叙述全面，语调有人情味，特别是它具有学术权威。从中你可以发现支持作者所推荐的过程和步骤的研究证明。所有读者，无论是入门新手还是专家里手，都将获得新知，并从中享受乐趣。

但是怎么教授这些技巧呢？要想教，我们就需要了解人们是如何学习的，什么刺激学习，如何克服对学习新知识的抵制。幸运的是，Silverman，Kurtz 和 Draper 为我们提供了一本配套教材，《医疗沟通技巧教与学》。他们提醒我们，"在这一领域中，经验本身不足以训练你的沟通技巧，反而会强化你的坏习惯。"他们提醒我们，当我们使用所获得的信息时，要格外关注我们用以从患者那里获取信息的方法。

作者们讨论了教育的诸多模式：讲座、展示、个人操作、录像访谈，以及单独教练。他们将观察和反馈推荐为最有效的沟通教学手段。他们帮助我们理解反馈的各种变量，从讲话中区分学生们的态度和技巧。他们还推荐在沟通教学中专注于技巧训练，因为技巧训练总是必要的，没有威胁，而且会导致态度转变。第二版与第一版一样，贯穿始终的是他们将所讨论的方法置于研究的基础之上，巧妙而恰当地展现核心研究。

最令我好奇的是他们所描述的走中间道路的两难困境——如何让个体学习者发展自己的风格，同时让辅导者完成标准的教授任务。作者们既鼓励我们教授、展示和建议特定技巧操作，同时又看似矛盾地坚持让学生在认知这些的同时确定他们自己的需要，让我们引导他们走向向往之地。如果能完成这一事业，那我们就是成功的老师。如果说有谁能帮助我们达到这两难的平衡，那就只有 Kurtz，Silverman 和 Draper。所有的医学教育者都能从中获益，都应该阅读此书。

Frederic W Platt MD
Clinical Professor
Department of Medicine
University of Colorado Health Sciences Center
Bayer Institute for Health Care Communication Regional Consultant
2004. 9.

（许静　译；杨雪松　校）

前言

《医患沟通技巧》还有一本配套书。这两本书旨在改进医学沟通，同时提供一种针对全部三个层次（本科生、住院医师和继续教育者）的综合性的沟通教学方法。自 1998 年出版以来，《医患沟通技巧》与它的配套书——《医学沟通技巧教与学》，已经在全世界成为沟通技巧的标准教材，是“第一本完全以证据为基础的医学访谈教科书”（Suchman 2003）。

基于此，本书再版时，我们力求反映 1998 年初版以来以下方面的发展和变化：

- 医疗卫生领域沟通的研究。
- 医疗卫生领域的沟通和概念性方法。
- 医学和教育实践。
- 发生健康沟通的医疗卫生系统及其他环境。

过去 6 年沟通技巧教学领域有了长足的进步。沟通课程已经成为许多国家各个层次医学培训主流教育的一部分。对沟通技巧总结评估的认证已经成为地方和全国许多本科课程和住院医师培训项目的组成部分。针对沟通技巧师资的课程日益发展，而在这一领域的研究持续激增。过去 6 年间，已经有超过 2000 篇有关医患关系和与沟通有关的医学教育论文被列入 Medline。

再版的这两本书反映了所有这些进展。我们根据当今迅速发展的研究证据和教学与评估实践的变化对这两本书进行了更新。我们自己的教学在这 6 年来当然也有发展，而来自教学经验的许多想法也包括在本书中。

这种爱的劳作使本书作者受益匪浅。我们从专业的同事那里学到了很多，既有书面的也有人际的。读者们的意见和建议也使我们获益颇多。我们极其高兴能有机会再次回顾我们的教学方法并考虑它的证据基础。我们很珍惜能有这次机会将我们过去几年的各种经历重新思考、概念化并正式形成文字。我们也希望读者们能喜欢这最终的产品，就像我们喜欢制造这一产品一样。

我们想在此解释一下这两本书的基本原理，并简要说明再版中的一些修改。在初版的本书配套教材——《医学沟通技巧教与学》中，我们曾经考察了如何组建一个沟通技巧课程表，记录了构成沟通技巧教学课程核心内容的各个

技巧，还深入探讨了运用于医学教学这一独特领域的特定的教与学方法。在初版中我们说明：

- 沟通技巧教学的总括性基础理论——“为什么”要进行医学沟通技巧的教与学，学什么，如何学。
- 构成有效的医患沟通的各个技巧。
- 在实践中展示、学习和运用这些技巧的系统方法。
- 详尽描述最恰当的教与学的方法，包括
  ——对实验性教学部分进行分析和反馈的创新性方法；
  ——使参与和学习最大化的关键性辅导技巧。
- 支持用于沟通技巧课程的特定教学方法的原理、概念和研究证据。
- 在实践中建设沟通技巧课程的战略。

在第二版中，我们增加了：

- 全面更新本书的研究证据。
- 重写第二章，纳入了 2003 年引介的增强版 Calgary-Cambridge 指南。这些增强版指南构成了第二版的核心部分。最初的 Calgary-Cambridge 指南描述了有效的医患沟通技巧，并且为分析和教授医学访谈中的这些技巧提供了以证据为基础的结构。增强版的指南则更清楚地描述了医学沟通的内容和过程，推广了一种将传统的临床方法与有效沟通技巧明确结合的全面的临床方法。
- 极大地扩展了第 4 章中我们关于模拟患者的价值和用途的讨论。
- 重新设计了第 5 章和第 6 章，从而更全面地讨论了对沟通技巧的分析和反馈，以及在不同的学习环境下方便实验教学的各种策略。
- 加强了在各个层次的医学教育中的沟通课程和项目的讨论。在第 9 章首先描述了进入课程体系的共同因素，然后在第 10 章提出了针对不同层次医学教育所采用的特定的沟通教学的策略。鉴于住院医师层面的沟通教学广泛而迅速发展的变化，我们还特别加入了许多有关课程项目的建议，这些建议已经在一些专科医师的和初级卫生保健住院医师项目中得到施行。
- 扩展了新的一章，是关于沟通技巧评估这一日渐重要的领域（第 11 章）。
- 还有一章新内容，是关于辅导员培训和师资培养的，由此而扩展了我们对这一重要话题的讨论（第 12 章）。
- 扩展了我们对沟通培训未来走向的看法（第 13 章）。

在第一版中，《医患沟通技巧》对医患沟通的特殊技巧进行了更为详尽的探讨。我们不仅考察了在医学访谈中如何使用这些技巧，而且为提高日常医疗实践、保证健康效果的沟通技巧的提高提供了全面的证据。第一版展示了：

- 构成沟通技巧教学项目核心内容的各个技巧；

- 有助于组织这些技巧并进行教与学的咨询的总体结构；
- 对医学访谈核心技巧中每一项的运用都有详细的描述和基本原理说明；
- 证明这些技巧重要性的原理、概念和研究证据，以及对医生和患者潜在收获的记录；
- 对在实践中如何使用每一个技巧的建议；
- 对这些核心沟通技巧在处理特别的沟通问题和挑战时所发挥的主要作用进行讨论。

在第二版中，我们则有：

- 对全书的研究证据的全面更新；
- 重新设计了本书的结构和各个章节，纳入了2003年引介的增强版Calgary-Cambridge指南（Kurtz等，2003），详见第1章；
- 确保全书描述了一套详尽、易于理解的临床方法，将传统的临床方法与有效的沟通技巧明确结合；
- 扩展了第3章（"收集信息"），兼顾考虑了内容和过程技巧，完整病史与重点病史以及沟通过程技巧对临床推理的影响；
- 将组织访谈结构的内容分离出来并单独成章（第4章），而不是作为信息收集的补充，并将其概念化为一连续脉络，如同关系建设一样贯穿于整个访谈过程；
- 在关于关系建设的第5章，加入了我们对增强医疗卫生机构之内和与社区之间、医生与患者之间的关系与合作的需求的思考；
- 在第6章（解释与计划）中，深度探讨了日益重要的共同参与决策制定、对风险的排序和解释等方面的内容；
- 在第8章更加详细地探讨了如何解决医学访谈中特殊的沟通问题，及其与Calgary-Cambridge指南的核心过程技巧的关系。

我们鼓励读者同时学习这两本书。乍看起来本书好像是专门针对学生，而与之配套的书则是专门针对教师的，但实际上这并非我们的初衷。

- 辅导者需要知道教"什么"，也同样需要知道"怎么"教。我们已经说明，辅导者如果希望实验性教学阶段的学习效果最大化，对沟通技巧使用以及伴随的研究证据的深厚知识是非常必要的；
- 学生也需要理解"怎么"学和学"什么"。理解沟通技巧教学的原理能使学生在沟通课程中使他们自己的学习最大化，提高他们在学习中自身的参与，理解观察和排练的价值，提供建设性的反馈，并为支持性气氛的形成做出贡献。

在沟通技巧教学中，师生之间有一条纽带。教师在其职业生涯中对沟通会

有不断的新发现，并且能向学生学习。通过正式的、非正式的以及角色扮演，学生们不仅仅能向同伴传授，而且很快就能成为下一代医生的沟通技巧教师。凡为医者都不能逃避这一责任。

Jonathan Silverman

Suzanne Kurtz

Juliet Draper

2004. 9.

（许静　译，杨雪松　校）

关于本书

本书及其配套教材是三位作者之间愉快而富有成果的合作的产物。它始于 1993 年 Silverman 博士在加拿大 Calgary 大学医学院 Kurtz 教授那里的学术休假。Kurtz 教授和她的同事们当时正在开发医学沟通课程表，并拓展自 20 世纪 70 年代中期以来在其他医疗卫生领域改进沟通的方法。Silverman 博士和 Draper 博士自 1989 年以来就在英国的 the East Anglian Region 共同从事研究生全科实习的沟通技巧教学。经过 12 年多的时间，三位作者之间的合作终于导致了思想和方法的交汇融合，产生了这两本书的出版和再版。

Kurtz 教授和 Silverman 博士同为这两本书的第一作者。为反映出这一平等性，Kurtz 教授被列为《医学沟通技巧教与学》的第一作者，而 Silverman 博士则被列为《医患沟通技巧》的第一作者。

（许静　译，杨雪松　校）

关于作者

Suzanne M Kurtz 博士是加拿大 Calgary 大学教育与医学系的沟通学教授。其术业之专攻在于改进医疗卫生和教育领域的沟通和教学实践，发展沟通课程和临床技能评估。她曾经与医学与教育专业的学生、住院医师、执业医师、护士、同业健康专家、患者群体、教师以及管理者共事。自 1977 年以来，她负责 Calgary 大学医学系的本科沟通课程，并为国内外针对本科生、住院医师、教师和职员的各个层次的医学教育，就建立有效的沟通课程提供特别咨询。最近，她刚刚和她的兽医学同事一起，进行了这一领域的沟通技巧课程的探索。她还跨越不同文化和学科界限，在尼泊尔、东南亚和南非等地合作进行了沟通课程建设、团队建设、法律和商务冲突管理以及与健康和教育有关的几个国际发展项目。其出版包括早期与 VM Riccardi 合著的《医疗卫生中的沟通与咨询辅导》(*Communication and Counseling in Health Care*，1983 年由 Charles C Thomas 出版)。

Jonathan Silverman 博士是剑桥大学临床医学系临床副主任、临床学院沟通研究主任，同时也是剑桥郡 Linton 的全科医师。他自 1988 年以来就积极地从事沟通技巧教学，并且一直担任 the East Anglia Deanery 的研究生全科实习的“地区级沟通技巧教学辅导员”，直至 1999 年。1993 年，他在 Suzanne Kurtz 教授那里进行学术休假，同时在 Calgary 大学医学系进行沟通技巧的教学与研究。1999 年他成为剑桥大学本科课程沟通研究主任。他还在英国、欧洲和北美举办了沟通技巧教学研讨班。他还是 MRCS 医学沟通技巧考试的外请评估员，并密切参与了英国的兽医学教育中的沟通技巧教学的开发。他同时也是医学访谈教学协会的联合主席。

Juliet Draper 博士是英国东部教区级联沟通技巧教学项目主任。她目前已经从全科医师的临床工作中退休，而将主要的时间用于师资培养和评估，并帮助在沟通技巧上存在问题的医生们。她一直对跨学科的教学有兴趣，并正在探索沟通技巧与治疗之间的联系。

（许静　译，杨雪松　校）

致谢

没有世界各地的患者、学生以及进行研究和教学的同事们的帮助，本书难以付梓。他们给我们的教诲良多，对此我们深表谢意。

许多人都给予我们直接或者间接的帮助——以他们的思想、支持和时间。特别是我们的家人以及经常和我们一起工作的人——我们课程的辅导员和培训员、我们的合伙人和管理助理以及辅助我们的演员和音响师们。

我们特别感谢 Vincent M Riccardi 博士的先见之明，感谢他在讨论课中对医患沟通的倡导，对我们工作的最早支持和奠基性的贡献，还有他那睿智的提问和评论。

我们还要特别感谢 Cathrine J Heaton 博士，作为 Calgary 本科沟通课程计划的合作主任和合作作者的创造性工作和 15 年来持续不断的支持。她对于教学和评估项目实实在在的专业贡献，以及所有这期间她与学生和患者们的合作，对我们的工作和这两本书的完成都影响巨大。我们也非常感谢 Meredith Simon，感谢她的真知灼见，她多年来作为资深教师，从 1999-2003 年又作为 Calgary 沟通课程的合作主任的支持和贡献。

我们特别感谢 Bob Berrington 和 Arthur Hibble 在 1996 年给我们时间为 the East Anglian 地区的 GP 辅导员们编写一个手册。这段受保护的时间极大地推动了本书第一版的写作。还要感谢他们对在 the East Anglian 地区的沟通培训持续不断的热情帮助。感谢剑桥大学临床医学院的 Chris Allen，Paul Siklos and Diana Wood。特别感谢 John Benson 在推动剑桥的沟通技巧教学方面的创见，感谢他在临床医学院的不懈支持，以及合作写作增强版 the Calgary-Cambridge 指南。我们还要感谢 the East Anglian cascade 项目的所有成员，感谢他们七年来诸多建设性的思想和谈话。

感谢 Annette La Grange 和 Bruce Clark（教育系）和 Peny Jennett，Wally Temple，John Baumber，Allan Jones，Jill Nation，John Toews 以及医学技巧项目委员会的成员（医学系），感谢他们对 Calgary 大学沟通项目持续不断的和实实在在的行政支持。

我们也真诚地感谢 Cindy Adams，Arthur Clark，Kathy Frankhouser，

Brian Gromoff，Renee Martin，David Sluyter，Roberta Walker，Penny Williamson，Steve Attmore，Joanna Griffiths，John Spencer，Annie Cushing，Angela Hall，Jane Kidd，Kathy Boursicot，Nicky Britten，John Perry，Chris Abell 和 Rachel Howells，感谢他们的建议、帮助和鼓励。

最后，我们要以此书的名义向 Andrew Bax 和在 Radcliffe 的全体队员致谢，感谢他们对我们工作的笃信不移，感谢他们所有的建议和努力。

我们将这两本书献给我们的家人，在这艰苦而持久的工作中他们不仅支持我们，而且教给我们如此多的沟通、联系和爱。

目录

绪论 …… 1

1 明确教与学：沟通技巧课程总论 …… 7

1.1 概述 …… 7

1.1.1 更有效的接诊咨询 …… 8

1.1.2 改善健康转归 …… 8

1.1.3 合作的伙伴关系 …… 9

1.2 章节计划 …… 9

1.3 沟通技巧的类型以及它们如何相互关联 …… 10

1.3.1 关于医学访谈的教与学中割裂内容和过程技巧的问题 …… 11

1.4 医患沟通技巧课程总论 …… 13

1.4.1 Calgary-Cambridge 指南（1998 年版） …… 13

1.4.2 增强版 Calgary-Cambridge 指南 …… 15

1.5 需要一个清晰的总体结构 …… 27

1.6 选择将过程技巧纳入沟通课程 …… 28

1.6.1 证实每一项个体技巧的研究和理论基础 …… 29

1.6.2 有助于技巧选择的沟通的根本目标和原则 …… 30

1.7 技巧与个性 …… 31

1.8 与核心沟通技巧有关的特定问题 …… 32

1.9 总结 …… 32

2 开始访谈 …… 33

2.1 概述 …… 33

2.2 沟通中的问题 …… 33

2.3 目标 …… 34

2.4 技巧 …… 35

2.5 开始阶段要教“什么”和学“什么”：沟通技巧的依据 …… 36

2.5.1 准备 …… 36
2.5.2 建立最初的融洽氛围 …… 36
2.5.3 确认就诊原因 …… 39
2.6 总结 …… 52

3 采集信息 …… 53
3.1 概述 …… 53
3.2 沟通中的问题 …… 53
3.3 目标 …… 54
3.4 医学访谈中信息采集的内容 …… 56
3.4.1 传统医学病史 …… 56
3.4.2 疾病—患病模式 …… 58
3.4.3 访谈中信息采集内容的另一种模板 …… 62
3.5 信息采集的过程技巧 …… 65
3.5.1 探讨患者的问题 …… 66
3.5.2 理解患者观点的其他技巧 …… 80
3.5.3 统合信息采集的过程技巧 …… 90
3.6 信息采集中的完整病史与重点病史 …… 93
3.7 临床推理对信息采集过程的影响 …… 95
3.7.1 较先进的假设-演绎推理 …… 96
3.7.2 图式驱动方法 …… 96
3.7.3 范例识别 …… 96
3.7.4 不同的临床推理方式如何影响信息采集过程? …… 97
3.8 总结 …… 97

4 提供访谈的结构 …… 99
4.1 概述 …… 99
4.2 目标 …… 100
4.3 技巧 …… 101
4.4 关于提供结构教“什么”和学“什么”：技巧的依据 …… 102
4.4.1 使组织结构明晰 …… 102
4.4.2 注意流程 …… 107
4.5 总结 …… 107

5 建立关系 …… 108
5.1 概述 …… 108
5.2 沟通中的问题 …… 110
5.3 目标 …… 111
5.4 技巧 …… 113
5.5 建立关系需要教“什么”和学“什么”：技巧的依据 …… 113
5.5.1 使用恰当的非语言沟通 …… 114
5.5.2 构建融洽的氛围 …… 120
5.5.3 使患者参与 …… 128
5.6 总结 …… 130

6 解释与计划 …… 131
6.1 概述 …… 131
6.2 沟通中的问题 …… 131
6.2.1 医生给予的信息的数量有问题吗？ …… 131
6.2.2 医生所给的信息的种类有问题吗？ …… 132
6.2.3 患者能够理解医生所使用的语言吗？ …… 132
6.2.4 患者能记住并理解医生提供的信息吗？ …… 133
6.2.5 患者参与医疗决策制定能达到他们希望的水平吗？ …… 133
6.2.6 患者遵从我们制定的医疗计划吗？ …… 133
6.2.7 在现行医学教育中有关解释与计划的教与学存在问题吗？ …… 134
6.3 目标 …… 135
6.4 解释与计划的内容 …… 136
6.5 解释与计划的过程技巧 …… 137
6.5.1 提供正确数量和类型的信息 …… 141
6.5.2 帮助患者准确记忆和理解 …… 150
6.5.3 达到共同理解——融合患者的观点 …… 155
6.5.4 计划—共同决策 …… 165
6.5.5 解释与计划的选择 …… 180
6.6 总结：解释与计划是一个相互作用的过程 …… 185

7 结束会谈 …… 187
7.1 概述 …… 187

7.2　目标 …… 187
7.3　结束会谈的过程技巧 …… 188
7.4　关于结束会谈需要“教什么”与“学什么”：技巧的依据 …… 189
7.4.1　在会谈的结束阶段实际会发生什么？ …… 189
7.4.2　接诊早期的什么行为能够防止在结束阶段产生新问题？ …… 190
7.4.3　在接诊咨询的早期阶段我们能够推荐哪些沟通技巧帮助有效圆满地结束会谈？ …… 190
7.4.4　哪些行为会导致无效的结束？ …… 191
7.4.5　什么是结束会谈本身的特殊要素？ …… 192
7.5　总结 …… 193

8　涉及特殊问题的核心沟通技巧 …… 194
8.1　概述 …… 194
8.2　特殊问题 …… 195
8.2.1　宣布坏消息 …… 195
8.2.2　文化和社会差异 …… 203
8.2.3　年龄相关的问题 …… 209
8.2.4　电话访谈 …… 215
8.2.5　隐藏的抑郁和精神病 …… 217
8.3　其他沟通问题 …… 224
8.4　进一步阅读参考 …… 224

参考文献 …… 226

绪论

以证据为基础的方法

本书作者笃信在医学中沟通技巧的重要性——我们写作此书及其配套教材最重要的目的就是要有助于提高医患沟通的标准。然而，单单信仰和激情是不足以产生医学教育或临床实践的变化。如果没有证据支撑我们的观点，即提高医生的沟通技巧对患者和医生都会有更好的结果，我们就不能指望一个相对新的学科领域，比如沟通技巧，能够实际进入已经“课”满为患的学习课程表中，无论是针对本科生、住院医师，还是医学继续教育。

因此，本书的目标就是为医学沟通技巧提供一种以证据为基础的方法。我们希望不仅能说明如何在医学访谈中运用沟通技巧，而且能提供研究证据，证明沟通技巧的重要性，记录医生和患者可能的潜在收获。现在的沟通课程表中已经包含了综合性的理论和研究证据来指导沟通技巧的选择——我们知道哪些技巧能给临床实践带来变化。这些研究发现，应当进入教育过程并推动沟通技巧课程向前发展（Stewart and Roter，1989；Makoul，2003；Suchman，2003）。我们通过以下章节来提供这种证据，以帮助不同层次的医学教育和实践全面理解这一学科的理论和研究基础。

本书力求：

- 增强**学生**、**住院医师**和**执业医师**的沟通技巧。
- 向**学生**、**辅导教师**和**项目负责人**提供必要的研究证据和知识，以理解和传授这一重要科目。
- 要让**医学教育者**明白，在他们的机构中发展广泛和卓越的沟通技巧教学具有重要意义。

在本书的配套书《医学沟通技巧教与学》中，我们探讨了在沟通技巧教学中如何积极地运用本书中所描述的证据。我们也描述了教与学的方法，从而使得这些证据不仅能在非正式的展示时可以使用，而且更为重要的，是能在实验性的小群体或一对一的学习中进行介绍，以助于说明和深化学习内容。

以技巧为基础的方法

在配套书中，我们确认了沟通技巧课程需要讲明的三个方面：技巧、态度和问题。我们强调以技巧为基础的方法的重要性，以及如何将这一方法看成所有沟通学习最后的共通之路。因此，本书着重强调技巧而不是态度或者问题。我们界定了一个核心沟通技巧的课程表，记录了在医学诊疗过程中如何使用这些技巧，并且说明了用以证明其价值的理论和研究证据。

核心技巧最为重要。一旦掌握了核心技巧，其他特定的沟通问题和挑战，如愤怒、成瘾、报告坏消息或者文化问题等，都会迎刃而解。以前出版的许多教材，都是在简单介绍了一些核心技巧后，迅速转向这些特定问题。我们的目标却是要纠偏取衡。我们希望提供一个核心技巧的坚固平台，使之成为应对所有沟通挑战的基础资源。不需要针对每一个问题提出一套新的沟通技巧，但是我们需要认识到，虽然绝大多数核心技巧都属于这一范畴，但是其中有些技巧却需要更有目的、更高强度并更有意识地去运用。我们需要深化对核心技巧的理解以及把握运用的程度。我们所描述的核心技巧构成了所有情况下医生和患者有效沟通的基础。

对本科生、住院医师和继续教育统一的方法

我们特别渴望将本科生、住院医师和继续教育中的沟通技巧教学联系在一起。在我们自己的工作中，我们也采用同样的学习原则，向三个层次的学生传授同样的沟通技巧。我们希望说明的是，需要将连续一致的沟通技巧教学课程延伸贯穿到全部三个层次的医学教育中（Laidlaw et al，2002），需要温故而知新，也需要循序渐进，由简入繁。因此我们所提供的核心技巧课程表为本科生、住院医师和继续教育提供了一个共同的沟通课程基础。

对专科医生和家庭医生沟通技巧教学统一的方法

有些评论认为，一本沟通技巧教材不可能既对全科医师适用又对所有的专科医生适用，因为不同情况需要不同的技巧。我们对这种观点难以苟同，并且强烈地感到过去正是这种论调妨碍了沟通培训的拓展。由于有关沟通技巧的许多概念和研究最初都是在全科医学或者精神病学中所建立，因此专科医生很容易说这些发现与他们工作的特殊需要无关，一种教学科目中的课业不能转到其

他科目中。本书的作者具有丰富的跨越不同专业的沟通教学经验，他们观察了医生以及医学生在各种情况下的沟通技巧。虽然不同的情境可能在重点强调上有细微的调整，但是压倒性的共同经验是，相似性远胜于差异性，基本原则和核心沟通技巧是同样的——阻碍专科医生更多的是主观因素而不是沟通技巧。在本书中，我们提供了大量的多样化的专科情境证据来支持这一方法。最近，我们在英国和北美地区将沟通技巧的教学辅助引介到兽医学教育中，这一经验也增强了我们的信念，即在广泛的医疗卫生的各种情况下，所适用的是同一套核心沟通技巧。

在大西洋两岸及其他地区沟通技巧教学的统一的方法

曾经有人说，英国、北美和其他国家在文化、患者期望值、医学培训体系、临床管理以及医疗卫生系统方面存在着重大差异，因此很难写一本面向如此广泛对象的有关沟通技巧的书。对此我们也难以苟同。本书的作者们在英国和加拿大都运用同样的学习原则教授同样的基本技巧，特别是 Kurtz 教授观察了在许多国家和文化情况下的医学咨询，结果表明，相似远胜于差异。实际上，这两本书的第一版也在许多国家使用，说明核心技巧的指南（这两本书的核心内容）现在也已经被翻译成多种文字。2001 年有关医学教育中的医患沟通 the Bayer-Fetzer 会议与会者共同宣言（Simpson et al. 1991；Makoul and Schofield 1999），一些多作者的书，如《与患者沟通》（*Communicating with Medical Patients*）（Stewart and Roter，1999），在牛津（1996）、阿姆斯特丹（1998）、芝加哥（1999）、巴塞罗那（2000）、沃维克（Warwick，2002）以及布鲁吉斯（Bruges，2004）等地召开的国际会议，还有一些国际组织，如欧洲医疗卫生沟通协会（The European Association for Communication in Healthcare，EACH）都开始像本书的第一版一样打破国际障碍。我们要继续这一国际化进程。

谁是本书的潜在读者？

医学教育各个层次的学生

本书旨在成为本科生、住院医师或者继续教育层面学生的沟通技巧课程核心教材。我们强烈希望学生们通过阅读本书来充实他们的实验性培训，但是我们也要强调，阅读本身不能替代实验性培训。正如我们在有关教与学和课程建

设的配套书中所讨论的，对知识的了解并不能改变学生在诊疗中的行为——需要用实验性的方法将以知识为基础的方法巩固并定位于合适的位置。不过，知识确能使学生更充分理解各个技巧所包含的内容、能够提高诊疗效果的每一个技巧的证据以及沟通技巧培训背后的问题。聪明的理解能极大地扩展并指导我们的技巧运用并辅助我们的探索态度。

辅导教师和项目负责人

本书另一部分主要读者是那些希望从事教授、计划以及发展沟通技巧培训课程的辅导者和项目负责人，无论是本科教育、住院医师培训还是继续教育。正如我们在本书的配套书中所讨论的，辅导者和项目负责人需要的帮助，不仅是教“什么”，还有“怎么”教。虽然情况开始发生变化，但绝大多数的医学培训辅导者和项目负责人本人是在几乎没有沟通课程的年代受的教育。经常有人假定说，辅导者通过他们的医疗实践就能对有关医学沟通中的特定技巧——教“什么”有足够的了解，他们只需要学习“怎么”教这门课。但是我们强调辅导者和项目负责人对“教什么”和“怎么教”要同样重视。这两方面都至关重要。我们的配套书要解决“怎么”教的问题，而在本书中，我们则希望能帮助辅导教师和项目负责人增进对教“什么”的了解，并理解医学沟通的研究基础。

我们认识到辅导教师和项目负责人不是一个统一的群体。其中有一些人有很广泛的训练而另一些人则可能训练很少。有一些人可能只是刚刚开始对医学沟通有兴趣，而另一些人则可能已经在运用医学沟通技巧，因此希望能强化并有所发展。所有这些人都会从本书中既得到肯定又感觉到挑战。

辅导教师和项目负责人也可能有非常不同的背景，如下所示：

- **医学领域**
  ——社区、医院或以学术为基础的医生；
  ——全科医生和家庭医生；
  ——精神科医师；
  ——专科医生；
  ——护士；
  ——相关的健康专家。
- **非医学领域**
  ——沟通专家；
  ——心理学或咨询背景。

这种背景的多样性造成了本书写作的一些文体上的困难。在本书中我们经

常假定辅导者是医生——如我们可能会引用辅导员对学生们的话“面对患者我们都有类似的问题”，尽管我们的读者可能并不都是执业医生，像本书的三位作者一样。我们之所以用这种方式是因为我们觉得这样讲比说“你们医生如何如何”更可取一些。尽管我们不全是医生，但把自己纳入这种描述会很有帮助，这样就可以和医学专业相一致，而不会看起来像对医生的指责。我们当中那些不是医生的人和学习者的沟通很类似于医生和患者的沟通，因此学习的内容也很相似。医学沟通的跨学科性质加强并且丰富了这一领域。我们希望非医学的教学辅导者能理解，我们并没有暗示说所有的辅导教师都是或者应该是医生。

医学教育管理者、基金会机构和医学界的政治家

医学沟通技巧教学的重要性被那些有权力地位的人所理解非常重要，包括医学机构的所长，健康管理组织（HMOs）的管理人，医院和医疗卫生授权机构、医学会、皇家学院、医疗协会、基金会以及医学界的政治家等。同样重要的是要让这些对象认识到沟通课程的复杂性，认识到奖学金对于支撑并证明这一学科的重要性。

在一本面向欧洲、北美和更广泛的国际市场的书中，我们如何定位它的风格？

有一个特别的难题就是如何面对如此多样的对象来写这本书。许多的词汇和短语都存在细微的语义差别，我们小心翼翼以避免不必要的混乱。我们在本书中对某些词汇的使用要前后一致——我们对一些速记式用法感到抱歉，也希望读者能将我们的惯用法重新解释，以适合他们各自的情况。比如，我们曾使用如下词汇：

专家（specialist）而不是顾问（consultant）

住院医师（resident）而不是受训者（registrar or trainee）

项目负责人（programme director）而不是课程组织者（course organiser）

辅导者（facilitator）而不是导师（preceptor）或者培训师（trainer）

学习者（learner）而不是学生（student）

办公室或诊所（office or clinic）而不是诊室（surgery）

随访（follow-up）而不是复诊（review）

在有些地方证明这样做更加困难。比如我们替换使用医学访谈（medical

interview）和咨询（consultation）。我们还使用英国的全科医学（general practice）和北美的家庭医学（family medicine）来表示同一个意思，但是在北美，这两者是有区别的。

（许静 译，杨雪松 校）

1 明确教与学：沟通技巧课程总论

1.1 概述

在我们的配套教材《医学沟通技巧教与学》一书中，我们详细阐述了沟通技巧训练的基本原理，如下所示：

- 医患沟通是临床实践的核心

——每一位医生在其一生的职业生涯中需要进行200,000次的接诊咨询，所以值得付出努力做好医患沟通；

——在医生与患者的沟通上存在着一些主要的问题；

——有效的沟通是高质量医疗的关键，实现良好有效的沟通可以提高患者的满意度、回访率，增进患者的理解、依从性并可以改善治疗的效果。

- 沟通是一种核心的临床技巧，是临床能力的要素

——知识基础、沟通技巧、体格检查和解决问题的能力是构成临床能力的四大要素，对做好临床工作至关重要；

——沟通技巧并非可有可无，没有恰当的沟通技巧，我们的知识和才智努力很容易被浪费；

——沟通是将理论转化为实践，如何去说与说什么同等重要。

- 沟通技巧需要教与学

——沟通是能够学习并且保留的一系列技巧，而不只是一种个性特征；

——只靠经验并不能成为一个好老师；

——沟通技巧与其他核心技巧，如体格检查一样，也需要通过学习才能掌握；

——医疗卫生和医疗实践性质的变迁增强了对沟通的需求，即使有经验的医生也需要不断提高他们的沟通技巧和知识。

- 沟通技巧培训需要采用特定的教法与学法

——以技巧为基础的方法对于学习者行为的改变至关重要；

——需要将经验性的学习方法与观察、反馈以及演练相结合；

——以问题为基础的沟通技巧学习非常必要；

——认知和态度的学习是以技巧为基础的方法补充。

我们希望已经使读者确信，沟通技巧的教与学不仅至关重要，而且恰当的教学方法可以对学习者的沟通技巧产生有效而且持久的变化。

在本书中，我们拓展了一个在我们的配套教材中阐述过的主题，即通过沟通技巧的培训我们能够改进我们的临床实践（见表 1-1）

表 1-1　沟通技巧培训对于提高临床实际工作的价值

- 沟通不仅仅是“显得好”，而是使接诊咨询无论对患者还是对医生都变得更有效
- 有效的沟通可以显著提高
  ——准确性、效率以及支持力度
  ——患者的健康转归
  ——医生和患者双方的满意度
  ——治疗关系
- 沟通搭建了循证医学与临床针对个体患者工作之间的桥梁

1.1.1　更有效的接诊咨询

通过本书我们再返回到表 1-1 中所提到的概念，并检验我们所讨论的沟通技巧如何能够使接诊咨询对医生和患者都更**有效**。我们显示出沟通技巧如何能够使病史的采集和问题的解决更**准确**，并探索关注沟通技巧如何能帮助我们对病人更有**支持力度**。

特别是，我们强调对沟通技巧的恰当运用如何能使我们日复一日的临床工作更有效率。鉴于现实世界的医疗工作往往受时间约束，我们的兴趣并不在于推销不恰当的技巧。我们力争通过此书来阐明，使用我们所建议的这些沟通技巧能够提高效率，我们也将尽力提供证据证明我们的观点。

1.1.2　改善健康转归

我们还应该理解沟通如何能够显著改善患者的**健康转归**。在本书中，我们从以下几个治疗指标来衡量个体沟通技巧的运用对健康转归的改善效果，这些指标包括：患者满意度、依从性、症状的缓解以及生理转归。

为证实沟通对患者治疗转归的这些改善效果，本书采用**循证研究的方法**论述沟通技巧，不仅描述技巧本身，说明在医学访谈过程中这些技巧的使用，而

且要提供研究和理论依据以证实它们的重要性，并提供文件记录以阐明医生和患者的潜在收获。

沟通还可以提高**医生的诊疗成果**。我们应该看到，沟通技巧的恰当运用，如何不仅增加了患者对医生的满意度，而且还帮助医生在工作中减少挫折感、增加满意度。

1.1.3 合作的伙伴关系

我们所确定的这些技巧，综合起来支持一种**以患者为中心**或者**以关系为中心**的方法，以促进患者和医护人员之间的**合作伙伴关系**。这并非是出于我们的主观意见或个人理念——我们之所以采取这种方法，是因为使得这种医患关系的理论观点得以实现的这些技巧，不论在实践中还是在研究中，都对患者和医生取得了更好的效果。

合作伙伴关系的概念意味着患者和医生之间更平等的关系，使力量平衡从医疗家长型移向共同关系型（Roter and Hall，1992；Coulter，2002）。本书探讨医生能够运用的沟通技巧，以提高患者能力，使其更多地参与就诊过程并参与构建更加平衡的关系。

但是，平等关系重要性的更深层的意义超出了本书的范畴，也就是说，患者在就诊过程中的所作所为会对沟通以及他们自身的健康保健产生影响。患者远不是医生所采取的变化的被动接受者，而是在就诊过程中能发挥主要作用。个体患者怎样能够以不同的方式参与就诊过程？他们又是如何负起自己的责任改变医患关系？以及他们如何能在访谈中发挥更积极的作用？这些都是同样值得关注和研究的问题。本书虽然触及了一些研究所显示的通过给患者提供一些技巧使患者在医学访谈中发挥更主动作用的价值，但还是更着重于医生如何运用沟通技巧以便于患者在访谈中的参与。

1.2 章节计划

本书前六章内容，按照医学访谈的顺序，深入考察每一个个体技巧。这些章节为学生和教师提供了有关医学沟通技巧的详细理解。为了使这些技巧更容易理解并使用，我们首先概述沟通技巧这门课程中的教学内容。因此在本章中我们将探讨下述关键问题。

(1) 什么是技巧?

将如此复杂、有价值且重要的任务分解成医学访谈过程中的个体成分可能吗？我们能够找出并确认共同构成医学沟通以及我们所希望囊括在沟通课程里

的单个技巧吗？

（2）技巧如何组合？

我们能够在总体概念性的工作框架内阐明这些技巧，使学生和教师自己认识和理解这些技巧，并了解他们在就诊过程中如何作为一个整体发挥作用吗？

（3）有证据证明这些技巧能使医患沟通有所不同吗？

评判我们的沟通项目中所纳入的这些技巧的理论和研究基础是什么？对于这些技巧的效果有无可靠的证据还是都是出于主观的意见？

1.3 沟通技巧的类型以及它们如何相互关联

在沟通技巧培训中需要论述的有三种广义的技巧类型。

（1）内容技巧　医务工作者沟通什么（他们的所问和所答、他们收集和给予的信息以及他们讨论的治疗）？

（2）过程技巧　如何去做（他们与患者沟通的方式、如何去发现病史或提供信息、所使用的语言或非语言技巧、如何发展与患者的关系以及组织和构造沟通的方式）？

（3）认知技巧　他们的所思所感（他们内在的决策制定、临床推理以及解决问题的技巧；他们的态度；他们对患者的感觉和想法，对疾病以及其他与患者相关的问题的感觉和想法；他们对自身的自我概念、自信心，自身的偏见和分心的觉察）。

在此要特别强调，内容、过程和认知这三类技巧是密不可分的，不能将任何一个孤立地考虑。在学习医学访谈时必须对所有这三种技巧都重视（Riccardi and Kurtz，1983；Beckman and Frankel，1994）。虽然特定的内容技巧非常重要，如组成系统回顾的问题，或需要被问及以探究某一特殊问题的问题，但有关这些内容的讲解在很多教科书中都有详细的叙述，因此在本书中不再赘述。同样，对于认知技巧中有关临床推理和医学问题解决方面的内容也不在本书中详述。另一方面，有关沟通的过程技巧以及这三种技巧的相互作用的问题在医学专业课程中较少受到关注，因此本书及其配套读本将主要着重于过程技巧，关注内容和认知技巧中与医疗卫生沟通相关的重要方面，并仔细探究三种类型的技巧之间如何互相影响和被影响。

这里有一些例子表明过程、内容和认知技巧之间的相互依赖关系。

例 1

比如说你在接诊初期针对一个特定领域（内容）询问了一系列封闭性的问

题（过程）。这对于你获得问题的答案显然是有效的方式，但是却阻止了你进行更广泛的思考而导致不能有效的诊断。不恰当地使用提问的技巧可能直接导致生成错误的假设（认知）。

对比以下两种提问方式：

> 患者："我最近经常起夜排尿"
> 医生："是吗？
> 每晚要起来几次？
> 尿流不畅吗？
> 排尿开始有困难吗？
> 之后有滴尿的现象吗？"等等……

> 患者："我最近经常起夜排尿"
> 医生："是吗？"
> 患者："我还喝很多水"
> 医生："哦"
> 患者："我母亲有糖尿病，您觉得我会是糖尿病吗？"

例 2

考察内在的想法和感觉与外在的沟通之间的关联非常有趣。对一个患者的想法和感觉（认知）可能干扰我们正常的行为并妨碍我们的沟通。例如：

- 激惹患者的个性（认知）可能干扰倾听并导致我们错过重要的线索（过程）。
- 患者身体的吸引力（认知）可能阻止我们询问一些关于性方面的问题（内容），而这些可能对于做出正确诊断非常关键。

例 3

未经验证的错误假设（认知）可以阻碍有效的信息收集（过程），并在讨论中把我们带入错误的领域（内容）。例如：

- 假定患者复诊是对现在所患疾病的例行常规检查，这可能妨碍我们尽早发现线索，直到进展到晚期才发现患者可能存在更严重的问题或有新发症状需要讨论。

1.3.1 关于医学访谈的教与学中割裂内容和过程技巧的问题[1]

显然，在我们的教学当中必须整合内容、过程和认知技巧——所有这些都

[1] 这部分材料最早由 Kurtz，Silverman，Benson and Draper 在 2003 年出版。

是非常重要的临床技巧。但是这三种类型技巧在医学教育中往往被人为分割，使学生受害。在医学访谈的教学中将内容和过程技巧分割开来，尤为成问题。一个不幸的结果就是，学习者，无论是作为医学生、住院医师还是执业医师，都将面临两种显然矛盾的医学访谈模式。第一种是“传统医学病史”（见表1-2）。这一模式详细描述了临床医生在采集临床病史、考虑并形成诊断时通常期望获得的信息的框架。这就是医学访谈（问诊）的**内容**。

表 1-2 传统的医学病史

- 主诉
- 现病史
- 既往病史
- 家族史
- 个人及社会史
- 药物及过敏史
- 功能询问/系统回顾

学习者面对的第二种模式类型通常归类于“沟通模式”。这种模式提供另一种框架以及医患沟通的各种技巧，医生通过这些方法来进行医学访谈、构建和谐融洽的氛围、获得传统医学病史中所需的各项信息，然后与病人讨论他们的发现以及治疗选择。实际上这就是医学访谈的过程。

（1）混淆过程

当面临这两种模式（即描述内容的传统病史模式和描述过程的沟通技巧模式）时，学习者总是很容易把它们看作是可相互替代的模式，并且混淆两种模式各自的作用。学习者经常忽视对沟通过程技巧的学习，而以传统医学病史模式为指南，不仅用于医学问诊的内容，也用于问诊的过程。不幸的是，这就导致了学习者们使用传统病史框架作为过程指南，又返回到封闭的提问和严密结构，从而使访谈成为对搜寻生物医学信息的记录。

（2）混淆内容

另一个问题是内容的混淆。虽然沟通模式通常被认为仅注重过程技巧，但是却引入了关于病史采集内容的新领域，也就是病人对他们疾病的看法（McWhinney，1989）。正如我们在本书第 3 章所详细描述的，传统的医学病史集中于病理性疾病，不利于了解患者高度个体化的需求以及每一个患者的看法。其结果是，关于患者的很多需要理解的信息和解决的问题从未被引述出来。对患者满意度、依从性、回访以及生理转归的研究表明，对于患者病史的采集需

要更广泛的看法，既包括医生较为有限的生物学观点，又要包括患者整个的生活世界。

事实上，患者的想法、担忧和期望并不是传统医学病史的组成部分，因此在日常的临床实践中经常被省略（Tuckett 等，1985），而沟通过程指南包括了这一领域的内容，也弥补了这一缺憾。但是，如果传统医学病史采集指南与沟通技巧指南中关于内容的领域不一样，学习者可能认为，他们或者需要发现患者的想法和担忧，或者要采集一份完整、准确的生物医学病史，而事实上他们需要两者兼顾。

(3) 融合内容和过程

在本章后面部分，我们将讨论最近研发的一种方法，来解决以上这种两难状况。我们提出一种一元化的医学访谈模式，既突出医学访谈的过程，也强调访谈中的内容成分，也就是说将“旧”的生物医学病史的内容与“新”的患者看法的内容结合起来。

1.4　医患沟通技巧课程总论

前面所说的过程、内容、认知技巧为我们提供了一个广泛的工作参考框架。但究竟什么是医患沟通的特殊技巧？我们又如何界定希望在教程中涵盖的个体技巧呢？怎样才能使它们更容易被辅导者和学习者所接受以便他们能够理解总体课程的范围？我们怎样展示它们才可以使学习者记住这些个体的技巧并明白这些技巧如何相互关联，并和接诊咨询结成一个完整的体系呢？

在编写 Calgary-Cambridge 指南时，我们论述了我们对教学内容的总体方法，这也是我们整个沟通技巧教学的中心亮点以及本书及其配套读本《医学沟通技巧教与学》的主要特点。指南提供了简明可及的沟通技巧课程概要。这也是本书通篇所遵循的结构并作为我们所要讨论的个体技巧备忘录。

我们这里还要强调，指南不仅总结了沟通课程是“什么”，而且还有一个重要的部分是“怎样”教授和学习沟通技巧。在配套读本中，我们对于如何使用这一指南作为教和学的工具做了更详尽的表述。在此我们重述指南的由来以及方法的基本原理。

1.4.1　Calgary-Cambridge 指南（1998 年版）

Calgary-Cambridge 指南（Kurtz 和 Silverman，1996；Kurtz 等，1998；Silverman 等，1998）旨在以具体、简明可及的方式回答上述问题。这版指南是本书第一版及其配套卷《医学沟通技巧教与学》的中心亮点。指南界定了基

于四种主要元素而建立的以技巧为基础的课程设置，这些元素在以技巧为基础的沟通项目中对“教什么和学什么”产生影响。

- **结构**——如何组织沟通技巧？
- **技巧**——哪些是我们努力提倡的沟通技巧？
- **合理性**——哪些证据表明这些技巧能够使医患沟通变得不同？
- **广度**——沟通课程涉及的范围。

指南有两个宽泛的目标：

（1）帮助辅导者和学习者将其所教所学的内容概念化和结构化。

（2）协助沟通项目的负责人，为无论是本科生、住院医师还是继续教育培训项目的学习者和辅导者建立培训课程。

尽管只有几页的长度，该指南却涵盖了以下内容：

- 提出了构成医学沟通技巧的结构框架，直接对应于接诊咨询的组织结构，从而有助于教、学与医学实践。
- 描绘并阐述了构建有效医患沟通的个体技巧。
- 总结并提供了更可及的有关医患沟通技巧的文献。
- 形成了综合课程的基础（Riccardi 和 Kurtz，1983；Kurtz，1989），为学生、辅导者以及项目负责人提供了一个关于课程学习目标的清晰的思路。
- 为辅导者和学习者提供了一个技巧的简明总结，使之像备忘录一样成为每天教学的使用基础，并提供一种观察、反馈和自我评估的途径。
- 提供一种共同语言用以标注所提到的特定行为。
- 为辅导者的培训项目内容设置提供坚实的基础，使沟通课程中所需的大量辅导者在教学过程中保持连贯和一致。
- 为各个层次培训水平——包括本科生、住院医师以及继续医学教育人员——上的沟通课程提供共同的基础，通过指定一整套患者—医生沟通的核心技巧，使其在三个层次都同等有效且适用。

虽然很多人过去都曾经阐述过需要教什么，也有很多的指南或备忘表可以使用，包括我们自己先前的版本（Stillman 等，1976；Cassata，1978；Sanson-Fisher，1981；Riccardi 和 Kurtz，1983；Cohen-Cole，1991；van Theil 等，1991；Novack 等，1992；Van Thiel 和 van Dalen，1995），但 1998 年版的 Calgary-Cambridge 指南一书还是有非常重大的进步，表现在以下几个方面：

- 提供了一个综合全面的经过研究和理论依据证实的技巧系统。
- 参考了当时有关沟通技巧的最近研究证据。
- 考虑到医学模式向更以患者为中心和合作型模式的转变。

• 更加强调解释和计划的重要性并将其提高到更高领域（Carroll 和 Monroe，1979；Riccardi 和 Kurtz，1983；Tuckett 等，1985；Maguire 等，1986；Sanson-Fisher 等，1991）。最近的文献也强调说需要更重视这一点（Towle 和 Godolphin，1999；Edwards 和 Elwyn，2001）。

• 在允许相当范围的个人风格和个性的同时，提供一种能够给医学沟通带来变化的技巧指导。

经过多年在很多不同的医学领域的发展和完善，指南对小组教学和一对一的教学同等适用。我们特别受惠于 Rob Sanson-Fisher 博士（澳大利亚）对指南中结构和技巧部分的贡献，也感谢 Vincent Riccardi 博士（美国）和 Catherine Heaton 博士（加拿大）作为共同著者对早期版本的贡献。现在这一改进的指南，曾经作为本科沟通课程的中心内容，在加拿大 Calgary 大学医学院应用超过 25 年（Riccardi 和 Kurtz，1983；Kurtz，1989），最近也应用于 Calgary 很多住院医师和进修医师的继续教育课程。感谢 Meredith Simon 博士，因为他最近帮助我们在 Calgary 将指南进一步拓展。

这一指南也被引介到英国全科医师注册以及 East Anglian Region 辅导员的教学中，并且在那里通过实习医生和辅导员的实验性培训过程实践而得到完善。在 John Benson 博士的帮助下，这一指南已成为剑桥大学临床医学院本科生课程表中一个广泛的医学访谈课程的中心组成部分。

自 1998 年指南出版以来，许多其他组织在各种层次的医疗教育中，还有各领域的专科医生，都采用该指南作为他们沟通技巧项目的基础。在澳大利亚、加拿大、意大利、斯堪的纳维亚、南非、西班牙、英国、美国、阿根廷以及其他很多地方的机构已经将该指南作为主要的教学资源、评价手段或者研究工具。在我们的配套读本中，我们探索了将指南用作教学和评价工具的用处，并探讨了该指南的有效性、可信性，以及在与课程开发和沟通技巧评价相关的更大的问题情况下的教育影响。

1.4.2 增强版 Calgary-Cambridge 指南[1]

随着 1998 版指南在我们自己以及其他机构得到更广泛的应用，几个重要的问题也凸现出来。第一个问题是怎样使学习者认识到指南的价值及帮助性，而不是因为一开始就看到指南中 70 项个体沟通过程技巧而气馁。我们意识到技巧的数量似乎让人望而生畏，但与此同时我们也想小心谨慎地不将医学沟通过于简单化——它是一个复杂而且具有挑战性的领域，如果我们把指南降低为

[1] 以下的讨论和增强版《Calgary-Cambridge 指南》的图最初发表于 Kurtz 等 2003 年的著作。

只有少量技巧，那我们就没有反映出它的价值。

第二个问题是如何在 Calgary-Cambridge 指南中更清晰地整合沟通的内容和过程。

与前两个问题密切相连，第三个问题是如何保证临床学系和学习者在本科生沟通课程之上整合、教授和学习沟通，并将沟通教学连贯、一致地延伸至实习医师和住院医师培训项目中。

为应对这种困境，也是作为自 1998 年以来取得的经验结果，我们开发了增强版 Calgary-Cambridge 指南（Kurtz 等，2003），其中增强主要体现在以下几个方面：

（1）发展了一个三图框架，形象并概念性地改进了我们介绍沟通技巧教学的方式，并将沟通过程技巧置于一个综合性的临床方法中；

（2）设计了一个新的医学访谈内容指南，与沟通技巧培训中结构和过程技巧的结合更为紧密；

（3）将患者的看法纳入医学访谈的过程和内容。

这些增强使我们能够以三个明显的阶段介绍指南。首先，我们提供一套三张的图表，勾画出沟通课程的框架，并将其置于综合性的临床方法情境之中。三张图以图形形式阐述了这一框架，并增加了详细内容，为医生——患者互动和沟通技巧教育提供了合理的组织图式。

其次，我们提供了一个有 70 项沟通过程技巧的综合列表，清楚地配合这一框架。遵循这一顺序，一开始先向学习者介绍基本概念模式中的“基本要素”，然后再逐渐进展到这一综合列表，其中特定的过程技巧与每一个宽泛的领域相对应。熟悉 1998 年版的读者还会发现，对有些特定技巧的改进，还包括过程指南本身。

第三阶段也是最后阶段，我们为医学访谈的内容提供了指南。这是一种在接诊咨询过程和医学病历记录中进行概念化和记录信息的新方法。

这一内容指南更紧密地与 Calgary-Cambridge 过程指南中特定的沟通技巧相一致。由于这种“契合”，两种指南能够相互补充，并鼓励将内容技巧与过程技巧相结合。这种安排将医学访谈中的内容要素和过程元素融合进一种模式中，使之成为真正综合性的临床方法用于医疗实践。增强版的 Calgary-Cambridge 指南与之前的 1998 年版一样，再一次成为我们两本书内容的中心亮点。

1.4.2.1 三个流程图：增强版 Calgary-Cambridge 指南的框架

三个流程图描述了增强版 Calgary-Cambridge 指南的基本内容，使学习者和授课教师更容易形成以下概念：

- 医学访谈中要进行什么？
- 如何将沟通技巧与体格检查整合起来共同工作？

这三个流程图介绍了沟通技巧并将它们置于综合性的临床方法之中。

基本框架

图 1-1 是一个医学访谈的示意图，包括沟通任务和体格检查。这一线框图描述了现实生活中临床实践的任务流。

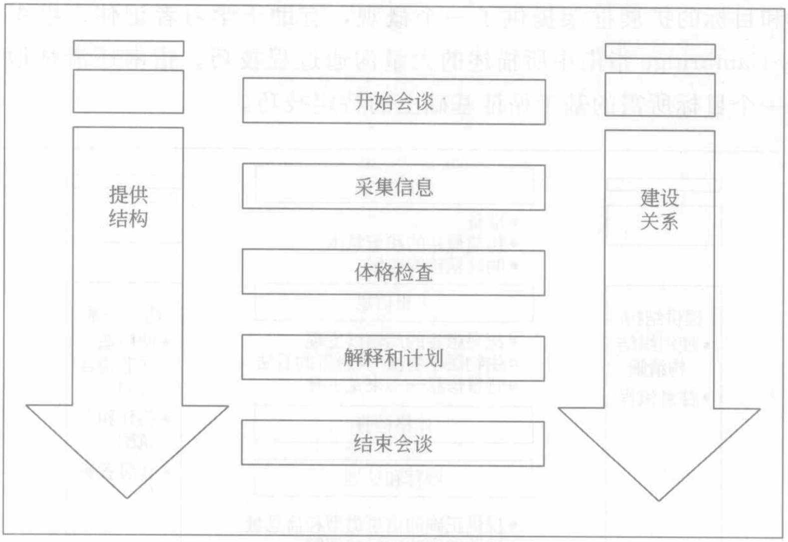


图 1-1 基本框架

在先前的指南中，我们围绕日常临床实践中医生与患者常规努力完成的五个基本任务来组织技巧：即开始会谈、采集信息、建立关系、解释和计划、结束会谈。这些任务意义直观，同时也为医生和患者的互动以及沟通技巧教育提供了合理的组织流程。这一结构最早由 Riccardi 和 Kurtz 于 1983 年提出，并且与 Cohen-Cole 在 1991 年采用的相似。

上述流程图在增强版 Calgary-Cambridge 指南中引入了两个变化。该指南不是仅仅将沟通图示化，而且将体格检查纳入，使之成为医生在整个医学访谈过程中按序进行的五大要务之一。指南将体格检查恰当地放入顺序中，反映了现实生活中访谈的发生过程，能够使学习者看到体格检查和其他沟通任务之间很容易互相配合。

第二个变化是使医学访谈过程中有序进行的五个任务之间的划分更加明显，而两大任务则贯穿于整个访谈过程，这就是关系建设和组织访谈结构。以前，组织访谈结构只作为采集信息的一个亚单位，但现在我们意识到，组织访

谈结构与建立关系一样，是贯穿于整个访谈过程的任务而不是按时间顺序发生的事。这两个连续性的任务是有效完成五个序列任务的关键。

这些变化有助于学习者更准确地形成对沟通过程的概念，并理解组成沟通过程的各项任务之间的关系。

1.4.2.2 扩展的框架

图 1-2 通过明确六项沟通任务中每一步要达到的目标来扩展基本框架。这一任务和目标的扩展框架提供了一个概观，有助于学习者记住、组织并应用 Calgary-Cambridge 指南中所描述的大量沟通过程技巧。指南还清楚地说明了实现每一个目标所需的基于循证基础上的特定技巧。

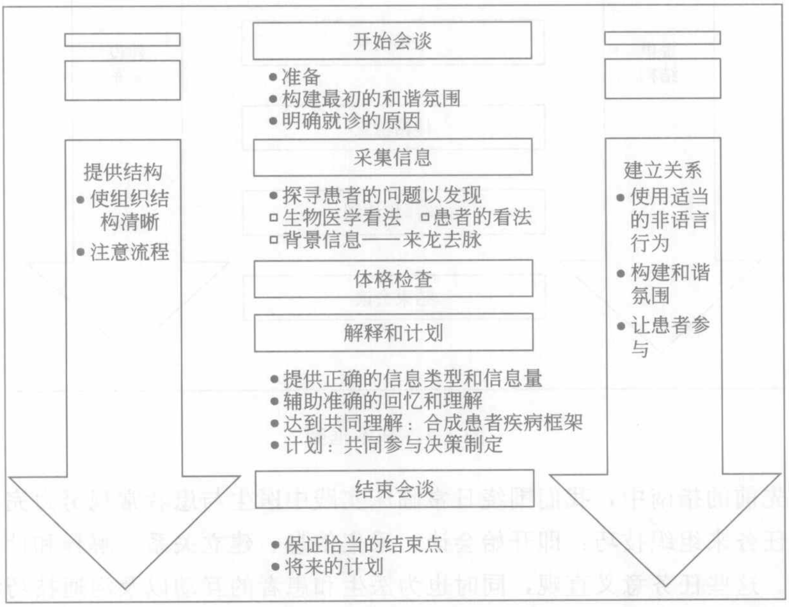


图 1-2 扩展的框架

完整的指南在解释和计划之下还增加了一些小“选项”部分，以下未作阐述。它包含与解释和计划的三个最普遍的焦点相关的内容与过程技巧，也就是讨论进一步检查和步骤，讨论医生的意见以及问题的重要性，商议一个共同的行动计划。这些沟通技巧关系到确保尊重性的举止，并使患者在体格检查过程中保持适当知情，整合在关系建设、组织结构、解释与计划过程之中。

1.4.2.3 内容与过程相互关系的例子

第三个流程图（见图 1-3）以采集信息这一任务作为例子，来展开说明在医学访谈过程中内容和过程是怎样特别地相互关联。

采集信息

探索患者问题的过程技巧

- 患者的叙述
- 问题的风格：开放到封闭的锥体
- 倾听
- 辅助性应答
- 撷取线索
- 澄清确认
- 时间框架
- 内在总结
- 语言的恰当使用
- 理解患者看法的其他技巧

需要发现的内容

生物医学观点——疾病	患者观点——患病
事件的顺序	想法和理念
症状分析	担忧
相关的系统回顾	期望
	对生活的影响
	感受

背景信息——来龙去脉

既往病史

药物和过敏史

家族史

个人和社会史

系统回顾

图 1-3 内容和过程技巧相互关联的举例

图 1-1、图 1-2 和图 1-3 构成了一个框架，概念性地体现了医生—患者会面要完成的任务，以及实时的工作流程。这一框架有助于学习者（还有那些不太熟悉沟通教学的教员）形象地理解沟通内容和过程技巧之间各个分散的要素之间的联系。

沟通项目正日益努力将沟通培训在正式的沟通课程之外延伸，并将之整合到实习医师、住院医师培训项目以及其他床旁或门诊教学之中。在这些情况下，临床教员自身的沟通培训和基础知识以及教授沟通的专业技术和流畅程度也存在较大差异。上述三个流程图提供了将医学访谈过程中的沟通技巧概念化的方式，使临床教师和正式沟通课程之外的作用模式能够相互关联并更容易应用。

要使学习者从仅对医患互动的目标进行有效思考转到实际找出所涉及的沟通过程技巧，并在医学访谈过程中加以运用，以在医学访谈中发现并沟通恰当的内容，还需要更详细的过程和内容指南。

1.4.2.4 Calgary-Cambridge 指南：沟通过程技巧

对于沟通过程技巧，Calgary-Cambridge 过程技巧指南提供了详细的论述。该指南描述并简要定义了 71 个核心的，也是基于循证基础的沟通过程技巧，与图 1-2 中所示的任务和目标框架相配合。根据我们的经验，能够首先理解图 1-1，图 1-2 和图 1-3 中的框架的学习者和临床教员，会更好地接受并消化医患沟通的真正复杂性，而这一复杂性细化于 Calgary-Cambridge 指南中的很多个体技巧。指南提供了一整套可以按需使用的综合性技巧，而不是要盲目遵从的技巧列表。尽管增强版的 Calgary-Cambridge 过程指南与 1998 年版指南非常相似，但熟悉 1998 年版指南的读者还是会注意到一些技巧的改进。在大多数部分，我们所做的改动主要是为了更加清晰地描述现有技巧条目，或者更易于指南在教学和评价中的应用。最显著的变化是在共同参与决策制定部分。我们重新配置了第 48～52 条。我们没有增加新的技巧，也没有做大的解释变动。很有意义的是，1998 年以来出版的文献深化了 1998 年版指南中已有的技巧的循证研究基础，因此也更加固了这些技巧而不是建议改变解释或增加新的技巧。

附：Calgary-Cambridge 指南　沟通过程技巧

开始会谈

构建最初的和谐氛围

1. 问候患者并获得患者的名字。

2. 介绍自己、访谈的作用和性质，必要时取得患者的同意。

3. 表现出尊重和兴趣，关注患者的身体舒适。

确定就诊的原因

4. 通过合适的开场提问，确定患者的问题或患者希望表述的问题（如“是什么问题让你来医院就诊啊?”或“您今天想讨论什么?”或“您今天希望得到什么问题的答案呀?”）

5. 认真倾听患者开场的陈述，不要打断患者或指挥患者的反应。

6. 确认并筛查出更深层次的问题所在（如“头痛和乏力是吗？还有别的不舒服吗?”）

7. 商议谈话的议程，要同时考虑患者和医生的需求。

采集信息

探讨患者的问题

8. 鼓励患者讲故事，用患者自己的语言告诉医生问题从一开始出现到现在的过程（阐明现在就诊的原因）。

9. 采用开放式和封闭式的提问技术，恰当地将提问从开放转向封闭。

10. 注意倾听，让患者说完而不要去打断，并且在回答患者问题之前，给患者留出时间来想一想，或者在停顿之后继续。

11. 通过语言或非语言方式辅助促进患者的应答，如：采用鼓励、沉默、重复、变换措辞以及解释等方法。

12. 提取语言或非语言的线索（身体语言、言语、面部表情）；适时予以验证及认可。

13. 澄清患者陈述不清晰或需要补充说明的地方（如“您能解释一下您说的头晕是怎么回事吗?”）。

14. 定期总结以确认我们理解了患者所说的内容，邀请患者纠正我们的解释，或者提供更进一步的信息。

15. 使用简明的、容易理解的问题和评论，避免使用行话或太多的术语解释。

16. 确定事件的日期和顺序。

理解患者观点的其他技巧

17. 主动确定并适当探究

- 患者的想法（如出于信仰）；
- 患者对每个问题的担忧（如担心）；
- 患者的期望（如患者的目标，患者对每个问题期望什么帮助）；
- 影响——每一个问题如何影响患者的生活；

18. 鼓励患者表达出自己的感受。

提供接诊咨询的结构

使组织结构明朗清晰

19. 在每一条询问的特定主线的末尾进行总结以确认对患者问题的理解，然后再转到下一个环节。

20. 运用提示语、过渡性的陈述，从一个环节推进到另一个环节，包括为下一个环节做基本铺垫。

注意流程

21. 按逻辑顺序组织访谈的结构。

22. 注意时间安排并使访谈紧扣任务。

建立关系

运用恰当的非语言行为

23. 表现出合适的非语言行为

- 目光的接触、面部的表情；
- 姿态、位置、移动；
- 声音的暗示，如语速、音量、语调。

24. 如果阅读、记笔记或使用计算机，则要注意方式，不要影响对话或和谐氛围。

25. 显示出恰当的信心。

构建和谐氛围

26. 接受患者看法和感受的合理性，而不去审判。

27. 运用移情（设身处地）来沟通，理解并体谅患者的感受或困境，明确公开地表示认可患者的观点和感受。

28. 提供支持：表达关心、理解以及帮助的愿望，赏识患者克服病痛所做的努力及适当的自我保健，提供伙伴关系。

29. 体贴敏感地处理令人尴尬、烦扰的话题和躯体的疼痛，包括与体格检查有关的问题。

使患者参与

30. 与患者分享看法，鼓励患者的参与（如“我现在在想”）。

31. 解释那些看起来非结论性的问题或体格检查部分的基本原理。

32. 在体格检查期间，解释过程、征得允许。

解释和计划

提供正确的信息量和信息类型

目标：给予患者全面的、合适的信息；
评估每个个体患者的信息需求；
既不要太少也不要过多。

33. 形成模块并验证：要给予患者能吸收的成模块的信息；验证患者是否理解，针对患者的反应来指导确定如何继续进行。

34. 评估患者的出发点：在给予患者信息时询问患者预先的知识，了解患者希望了解的信息的范围。

35. 询问患者还有其他哪些信息能有帮助，如病因、预后。

36. 在恰当的时间给予解释：避免过早给予建议、信息或保证。

帮助准确的回忆和理解

目标：使信息更容易被患者记住并理解。

37. 筹划病情解释：将解释分成不连续的部分，建立逻辑顺序。

38. 运用清晰的分类或提示语（如“我想和你讨论三个重要的问题。首先……”，“现在我们可以转到×××吗？”）

39. 使用重复和总结以加固信息。

40. 运用简明的、容易理解的语言：避免使用行话或用行话解释。

41. 运用形象的方法传达信息：图表、模型、书面信息和说明。

42. 验证患者对所给信息（或制订的计划）的理解情况，如必要时请患者用自己的话重述、澄清。

取得共同理解：结合患者的看法

目标：提供与患者看法相关的病情解释和诊疗计划，找出患者对所给信息的想法和感受，鼓励互动而不是单向的传递。

43. 将病情的解释与患者的看法联系起来：与先前引出的患者的想法、担忧和期望联系起来。

44. 提供机会并鼓励患者的参与贡献：提出问题、请求患者澄清或表达疑问，恰当地做出回应。

45. 提取语言和非语言的线索并做出回应，如患者需要提供信息或提出问题、信息过量、患者的忧伤。

46. 根据患者所给的信息、使用的词汇引出患者的信仰、反应和感受，必要时予以认可和表述。

计划：共同参与决策制定

目标：使患者了解决策制定的过程；
使患者在他们所希望的水平上参与决策；
增强患者对所制订计划的遵从承诺。

47. 在适当的时候分享我们的想法：意见、思考的过程和进退两难的困境。

48. 让患者参与

- 提供建议和选择而不是指令；
- 鼓励患者说出他们自己的想法、建议。

49. 探讨治疗的选择。

50. 确定患者在做出决定时所希望参与的水平。

51. 商议双方都接受的诊疗计划
- 表明自己对可选诊疗方案的平衡或优先选择；
- 确定患者的优选方案。

52. 与患者验证
- 是否接受计划；
- 是否所有的担忧已经被述及。

结束会谈

将来的计划

53. 与患者约定下一步和医生联系的计划。

54. 安全网络，解释可能出现的意外结果，如果治疗计划不起效该怎么办，何时以及如何寻求帮助。

保证合适的结束点

55. 简要地对会谈进行总结并明确治疗的计划。

56. 对患者是否已经同意并愿意遵从医嘱，是否还需要做什么改动、疑问或其他问题做最后的验证。

病情解释和诊疗计划的选择（包括内容和过程技巧）

如果讨论意见和问题的重要性

57. 如有可能，提供正在进行讨论的专家意见和姓名。

58. 揭示这些意见的基本原理。

59. 解释疾病的原因、严重程度、预期的转归、短期和长期的结果。

60. 探知患者的信仰、反应和担忧。

如果商议双方的行动计划

61. 讨论可选方案，如不采取任何行动、进一步检查、药物治疗或手术、非药物治疗（理疗、助行器、流质、咨询等）、预防措施。

62. 提供所能采取的行动措施或治疗信息，所涉及步骤的名称、如何起效、优点和益处，可能的副作用。

63. 获得患者对需要行动的看法，所认识到的益处、障碍、动机。

64. 接受患者的观点；必要时推荐其他的观点。
65. 引出患者对计划和治疗的反应和担忧，包括接受度。
66. 将患者的生活方式、信仰、文化背景和能力纳入考虑之中。
67. 鼓励患者参与计划的实施，担负起责任并自力更生。
68. 询问患者的支持系统，讨论其他可行的支持。

如果讨论进一步检查和步骤

69. 提供有关步骤的清晰信息，如患者可能会经历什么，怎样被告知结果。
70. 将步骤和治疗计划关联起来：价值、目的。
71. 鼓励患者进行提问和讨论潜在的焦虑或负面的结果。

Calgary-Cambridge 指南：沟通的内容

图 1-4 所显示的指南内容方面的修改，提供了一种新的方法，用以在接诊过程及病历记录中**形成概念和记录信息**。传统的记录医学信息的方式得到保留（见表 1-2），但通过明确性地涵盖得以增强。

<table>
<tr><th colspan="2">修改的医学访谈内容指南</th></tr>
<tr><td colspan="2">患者的问题清单
探讨患者的问题</td></tr>
<tr><td>生物医学观点——疾病
事件发生的顺序
症状分析
相关的系统回顾</td><td>患者的观点——患病
想法和信仰
担忧
期望
对生活的影响
感受</td></tr>
<tr><td colspan="2">背景信息——来龙去脉
既往病史
药物和过敏史
家族史
个人和社会史
系统回顾
体格检查
鉴别诊断——假设
包括疾病和生病的问题
医生的治疗计划
进一步检查
治疗方案的选择
对患者的解释和计划
患者被告知的内容
商议的行动计划</td></tr>
</table>

图 1-4 修改的内容指南

- 患者希望陈述的问题的清单（不只是一个主诉）；
- 事件的进展；
- 有关患者看法的“新”内容；
- 医生所考虑的可能的治疗选择；
- 患者被告知的内容记录；
- 经过商议的行动计划。

通过这些增加的内容，增强版的内容指南比传统的方法更贴近、平行于当今的医学实践。

通过使学习者更容易在现实生活实践中常规性地纳入“老”和“新”两方面的内容，这些增加的内容也促成了有关病历记录的教学和实习的改进。（为了在实践中使用，内容指南的每一条之后都留有一段空白，学习者可以在做访谈笔记的同时，在此书写适当的信息，随后再将这些笔记加入到病历记录中）。

内容指南的标题与医学访谈的一系列任务密切对应：

- 患者问题的清单与访谈开始相对应；
- 探讨患者的问题与采集信息相对应；
- 体格检查在两个框架中是一致的；
- 内容指南标题的其余部分与解释和计划相对应。

因此，改进的内容指南也更紧密地与 Calgary-Cambridge 过程指南中的特定沟通技巧成为一体。由于这种“契合”，两个指南彼此相互补充加强，并鼓励内容与过程技巧的整合。

1.5 需要一个清晰的总体结构

前面我们描述的基于技巧的课程的一个重要元素是提供一个清晰的总体结构，在此结构中将各个沟通技巧组织起来。在本书及其配套书中，我们反复强调结构的重要性，这在 Calgary-Cambridge 指南的框架中已经非常清楚地提供了。为什么我们赋予这样一个总体结构如此高的价值呢？

理解结构对执业者、学习者和辅导者同样有利。

- **对执业者**：对结构的认识可防止接诊咨询的漫无目的并漏掉重要的信息点。沟通技巧不是随意地使用——不同的技巧需要在接诊咨询过程的不同阶段有目的地有意使用。因此需要在脑子里保持这种结构，以便我们能够在访谈进行中保持对区分不同阶段的意识。例如：如果医生没有意识到访谈中采集信息的阶段还包括了解患者对他们所患疾病的个体反应以及疾病的临床方面，那么他或她可能在尚不成熟的情况下进入访谈的解释和计划阶段，而未能述及患

者真正关心的问题。当然，对接诊咨询结构的意识也还要与灵活性相结合——接诊咨询没有一个固定的可以由医生指令而不考虑患者的路径。但是如果没有结构，则很容易使沟通毫无体系且徒劳无功。

- **对学习者**：单列出各个沟通技巧的名录是不够的，如果只是简单地罗列而不予分类，则需要记住太多的技巧。学习者需要形成一个总体的概念模式，以帮助将这些循证式技巧变成可记忆且可使用的整体。在配套书的第 3 章中，我们讨论了经验性方法对改变学习者沟通技巧的重要性。但是，经验性的学习本质上是随意的和机会主义的——难以将反馈和建议拉在一起。提供一个归置技巧的结构，有助于学习者序化他们在经验性工作中偶然发现的技巧，并且确保这些单个的技巧片段如何相互配合在接诊咨询中成为一个整体。
- **辅导者**：尽管认识到沟通技巧是一个重要的学习领域，但是对如何使单个技巧或成套技巧通力合作可能还是缺乏一个清晰的想法。如果没有一个总体的概念模式，那么大量的医学访谈技巧可能看起来像是一个杂乱无序的窍门包。辅导者会发现在他们的教学中很难将不同的技巧联系起来。为他们提供一个清晰的总体结构就有助于克服这一难题。结构还有另外一个益处就是使辅导者在他们的沟通技巧教学中可以采用基于成果的方法（见第 4 章）。结构建立了一个总体观念，使辅导者要问学习者两个中心问题，即“在访谈中你处于什么位置?”“你要努力实现什么目标?”。建立了一个方向，单个的技巧就有助于回答下一个问题，即“你如何实现目标”。

我们应用概念模式来组织沟通学习和努力的结构，与有经验的临床医生运用流程图示进行临床推理的方式有很多相同之处——系统地汲取和运用知识或技巧、帮助记忆，一致并有序地利用那些不这样做就可能无用的和随机的信息碎片。

1.6 选择将过程技巧纳入沟通课程

说到这里我们几乎能听到读者在说：“你一定是在开玩笑！——要学习、吸收、掌握 71 项过程技巧，那是不可能的!”。真的需要那么复杂吗？我们不能减少或合并一些条目吗？真的必须在每一次接诊咨询中努力整合使用所有这些技巧吗？

对此我们毫无歉意的回答是：医学访谈的确非常复杂，不能概而言之。我们已经看到沟通是一系列要学习的技巧，如果我们希望在医学实践中认识、实践并吸收一些新的行为，那么将接诊咨询分解成这些单个的技巧是可能的，也是非常关键的。指南中所列的所有这些技巧，对于访谈过程价值巨大，而所有

下面我们将要看到的，都已经被理论或研究所证实，并且都将被我们再次关注。

这是否意味着我们必须在每一次会面中都要使用所有71个过程技巧？答案当然是不。我们并没有建议在各种情况下都要使用每一个技巧。你所需要的特定技巧取决于情境以及你与患者想要达到的特定目标。让学习者在一开始就非常清楚这些，有助于消除因这样一个长长的清单所引起的焦虑。例如，尽管在访谈采集信息阶段的绝大多数技巧对所有接诊咨询都是合适的，但在解释和计划阶段使用的技巧则需要根据访谈的个体情况量身定做——不能在每一个接诊咨询的解释和计划阶段使用全部的技巧。无论如何，熟悉全部技巧无疑对学习者是非常有益的。至少当会谈变得艰难时，可以有意地并以合适的强度应用这些技巧。

那么什么是 Calgary-Cambridge 课程所列出的 71 项技巧内涵的基础呢？我们能够证明每一项技巧在某种程度上的重要性或是纯粹的主观意见吗？对这些技巧的判断依据从何而来？

1.6.1 证实每一项个体技巧的研究和理论基础

将沟通技巧的教学简单地认为是提高对接诊咨询过程中沟通重要性的认识已经远远不合时宜。它也不是一件只是分享不同的方法、增加可供选择的范围以及平等、妥善地对待所有建议的事情。某些技巧和方法现在已经显示出可以使医患沟通产生实质性的差异并影响健康转归。

幸运的是，在过去30年中积累的大量理论和研究证据，使我们能够确定这些技巧可以增强患者与医生之间的沟通。研究清楚地表明，使用这些特定的技巧如何能够使患者满意度、依从性、症状减轻以及生理转归得以改进提高。现在我们可以在沟通教学项目中将其作为值得教授的内容来推广这些技巧，并在临床实践中有意识地使用这些技巧。我们可以非常自信地回答“正确性何在？”这一问题，并有效地还击关于沟通技巧是纯主观的说法。

技巧的课程不是也不应该是一成不变的。研究将继续积累证据，挑战我们先前的认识，并移动沟通技巧教学的目标位置。比如，近年来的研究发现已经使课程向两个重要的方向转移。首先，越来越强调病情解释和诊疗计划（信息的给予）这一很重要但常常被忽略的领域。其次，逐渐向更以患者为中心以及合作的方式转变。

在本章中，通过列出并简述每一个技巧，我们已经简单描绘出沟通技巧培训项目的课程。在随后的6章中，我们将更全面地叙述这些技巧，并且深入考察证实每一项技巧的概念、原理和研究证据。

1.6.2 有助于技巧选择的沟通的根本目标和原则

与研究证据一样，一套简单易懂的沟通目的和原则也影响指南中条目的选定。所有这些为指南也为沟通课程的发展提供了一个简单而一致的理论基础，旨在改进医疗卫生领域的沟通。

表 1-3 显示了当医生与患者相互沟通时想要达到的目标。这些是我们希望通过增强医疗卫生服务提供者的沟通技巧对健康转归所产生的影响。

表 1-3 医疗卫生服务的沟通目标

提高：

- 准确性
- 效率
- 支持力

提高患者和医生的满意度

改善健康转归

促进合作和伙伴关系（以关系为中心的照护）

如表 1-4 中所述，技巧的选择还受有效沟通的 5 个原则的影响。这些原则在任何情况下都适用，也有助于我们理解究竟是什么组成了有效的沟通（Kurtz，1989）。

表 1-4 有效沟通的原则

有效沟通的特征表现为如下原则：

1. 有效沟通一定是互动而不是直接的传递过程。如果把沟通看作是直接的传递过程，那么信息的发送者可能会假定，一旦他们表达并发送了信息，责任就完成了。但是，如果将沟通看作是一个互动的过程，那么只有在发送者接收到反馈，知道有关信息如何被解释、是否被理解，以及对接受者产生什么影响之后，互动才算完成。仅仅告知信息或只听是不够的——给予信息并接受反馈，了解信息所造成的影响很关键。重点转到信息发送者和接受者的互相依赖，彼此的贡献和主动性变得同等重要（Dance and Larson，1972）。沟通的目的变为建立双方共同理解的基础（Baker，1955）。共同基础的建立和确认都需要互动。

续表

2. 有效沟通减少不必要的不确定性。不确定性分散注意力，干扰准确性、效率以及关系的构建。任何领域没有解决的不确定性都可能导致注意力不集中或焦虑，这反过来会妨碍有效的沟通。例如：患者可能不确定一次会谈能期望什么，不确定一系列问题的意义，或者不确定医护团队中某个特定成员的角色，或者不确定对方的态度、意图或可信任度。减少对诊断或治疗预期结果的不确定性显然是非常重要的，尽管在医疗情况下常常有必要留有一些不确定性。但是即使如此，对于一些尚未充分认识的领域或无人确信什么是最好选择的情况展开讨论，也能够通过建立双方的共同理解基础来帮助减少不确定性。 **3. 有效沟通需要计划和思考期望达到的效果。**有效性只能取决于你和/或患者朝着预期结果方向工作的情况。如果我很愤怒而我所寻求的结果是发泄情感，那么我会朝一个方向推进。但是如果我想要的结果是解决问题或消除可能导致我愤怒的误解，那么我必须以不同的方式推进以奏效。 **4. 有效沟通表现出动态变化。**适合一种情况的东西在另一种情况下却不合适——不同个体的需求和情况都在不断变化。昨天患者理解非常清楚的事今天看来却不可思议。动态变化强调需求，不仅要求灵活性，而且强调回应、参与以及与患者的搭合。 **5. 有效沟通遵循螺旋模式。**沟通的螺旋模式有两层含义（Dance，1967）。首先，我所说的话以螺旋方式对你所说的话产生影响，这就使我们的沟通随着我们的互动逐渐演变；其次，围绕着沟通的螺旋循环往复，每一次所在的水平都有轻微不同，这对有效的沟通至关重要。

1.7 技巧与个性

指南中所列的每一个过程技巧对于学习者和辅导者而言只是一个线索，提示在这个区域需要使用一些特殊的行为和言语。技巧列表本身是不够的——每个学习者必须找到自己的方式把每个技巧用于实践。指南确认的技巧来自于研究和实践，证实在医患沟通中有应用价值，但并没有详细说明或推荐实现这些技巧的确切途径。沟通技巧教学的任务是给参与者机会，使他们尝试用适合自己个性的词语和行为，扩展这一技巧系统，使每一个参与者都感到满意。

- 结构：我在接诊咨询中处于什么位置？我想要达到什么目的？
- 特定技巧：我怎样才能到达目标？

- 言语或行为：如何将这些技巧纳入我自己的风格和个性？

超越特定技巧，使之个性化，是经验性学习的真正挑战。我们不能也不应该规定任何情况下都可照方抓药的最好办法。我们必须认识到，在特定的情况下，很多变量会影响个体的最佳选择。但我们也必须认识到，我们现在能够倡导某些可能比其他更有效的技巧。正是通过在演练中反复尝试不同的方法、与其他学习者扮演角色，以及对模拟病人或真正患者的实践，才使我们将技巧和个性这两个概念一致起来。技巧列表本身只是一个开始。要学习如何使用每个技巧，需要实践和进一步的反馈，并且要贯穿于反复实践的整个过程中。在反复的实践、反馈和演练过程中，每个学习者都在沟通过程上打上了他/她自己个性的烙印。

1.8 与核心沟通技巧有关的特定问题

指南中所列的技巧为很多不同医学情境下进行有效的医患沟通提供了基础。对于医生而言，在与患者沟通时会遭遇很多具有高度挑战性的情况，如宣布坏消息，亲人死亡，揭示隐藏的抑郁，性别和文化问题，与老年患者的沟通，预防和动机等等。这些问题显然值得在我们的教学中予以特别的关注，我们也将在第八章中进一步探讨。但是我们强调，指南所述的技巧是所有情况下都需要的**核心**沟通技巧，它们为解决这些特定的沟通问题提供了一个安全的平台。虽然互动的情况和沟通的内容千变万化，但过程技巧本身是相同的——挑战在于深化我们对这些核心技巧的理解以及我们掌握和运用的水平。

1.9 总结

在本章中我们定义了构成医学沟通的广泛的技巧类型。我们已经阐述了包括在沟通课程中的个体技巧以及证明选择这些技巧的理论和研究基础。在增强版 Calgary-Cambridge 指南中我们已经介绍了技巧的课程，不仅仅列出了技巧的名单，也提供了一个结构或概念性架构，使辅导者和学习者能理解这些特定的技巧，以及它们如何作为一个整体与接诊咨询过程相联系。

现在我们就对个体技巧进行更详细的探讨。在接诊咨询中使用每一个技巧的基本原理是什么？如何在实践中应用每一个技巧？证明每一个个体技巧的研究和理论依据是什么？下面的 6 章将深入探讨这些领域。本书的编排遵循 Calgary-Cambridge 指南的结构，后面 6 章中每一章描述与基础框架相适应的过程技巧。我们从开始访谈所需要的技巧开始。

（杨雪松　译，许静　校）

2 开始访谈

2.1 概述

在沟通技巧的教学中，访谈的开始阶段有特别丰富的内容待探讨。在开场的几分钟里，我们给对方第一印象，开始建立和谐的氛围，尝试确认患者想要讨论的问题并开始计划会谈的过程。这一阶段要为接诊咨询的其他阶段做好铺垫。但是从研究中我们知道，沟通中的很多问题就产生于访谈的开始阶段。正如我们将要看到的，医生们经常甚至找不出患者来就诊的最重要原因！

医生们常低估最初这短短几分钟内所蕴涵的困难和机会。例如，在我们开设过的几乎每一个研究生教程中，课程初期，参加者们自己的议程会将重点放在结束问诊及如何控制时间的问题上。然而随着课程的进展，他们往往会越来越明显地意识到，正是访谈的开始阶段而不是结束阶段，才是他们诸多困难的根源所在。

医学接诊咨询的情况千差万别——从初诊到复诊，从医院到全科医师诊所，从问诊室到病床边，从临终关怀到家庭。虽然初看起来，由于访谈的开始在这些千差万别的情况下有很多的不同，但总体目标以及对个人技巧的需求却异常的一致。医生和患者无论在哪里会面，在会谈开始阶段所遇到的问题都非常相似。

医生们在接诊咨询的开始阶段选用特殊的沟通技巧，不只是为了达到好的社交状态：这些技巧对访谈的准确性和效率以及医—患关系的性质会产生重要的影响。因此，我们把开始阶段分离出来，作为一项单独的任务，用一整章来讨论在现实情况中大多只有几分钟就完成的事。

2.2 沟通中的问题

接诊咨询开始阶段的目标之一是确认患者想要讨论什么。这里列举了一系列初级卫生保健的研究证据，揭示了一些非常有益的教训。

• Stewart（1979）等人的研究表明，54％的患者诉求和45％的患者担忧没有被引述出来。

• Starfield（1981）等人记录，在50％的接诊中，患者与医生就现存主要问题的性质存在争议。

• Burack 和 Carpenter（1983）发现，患者和医生之间就主诉的躯体问题达成共识的只占 76%，而就主诉的心理社会问题达成共识的只有 6%。

• Beckman 和 Frankel（1984）指出，医生经常在患者刚开始开放式陈述后不久(平均只有 18 秒!）就打断其谈话，从而导致患者不能表露其他同等重要的担忧。

• Byrne 和 Long（1976）发现，如果接诊咨询中在“发现患者来诊的原因”这一部分存在缺陷的话，访谈就特别有可能变得功效不佳。

很明显，如果你不解决患者最重要的问题，那么就不可能成为优秀的医生或者拥有真知灼见。

2.3 目标

在访谈的第一个环节，我们通过关注我们的目标——我们希望取得什么，来开始探讨教与学的内容。我们在第 1 章中已经概述，有效沟通的原则之一是**“沟通需要计划和思考”**。因此沟通最重要的是要考虑我们的目标。目标使我们思考“我们想去哪里”，而运用个体技巧就可以为“我们如何到达那里”提供策略。

目标包括以下几条：

• 建立一个支持性的环境和初始的融洽氛围；

• 建立对患者情绪状态的意识；

• 尽可能地确认患者想要讨论的**所有**问题或者话题；

• 与患者订立一个双方同意的接诊咨询议程或计划；

• 与患者发展一种伙伴关系，使患者能成为合作过程的一部分。

这些目标包括了许多任务和验证点，在其他著名的接诊咨询指南中也提到。

• Pendleton 等（1984，2003）

——理解患者来诊的理由；

——与患者建立或维持一种有助于完成其他任务的关系。

• Neighbour（1987）

——联系。与患者建立融洽氛围。

——总结。“我是否充分了解患者为什么要来找我?”

• AAPP 三功能模型（Cohen-Cole，1991）

——收集资料以了解患者的问题；

——发展和谐氛围并对患者的情绪作出回应。

• Bayer 学院的医疗卫生沟通 E4 模型（Keller 和 Carroll，1994）

——促使患者参与。

• 沟通技巧教学与评估的 SEGUE 框架（Makoul，2001）

——打好基础。

• The Maastricht Maas Global（van Thiel 和 van Dalen，1995）

——介绍；

——澄清。

• 医患沟通中的基本要素：Kalamazoo 共识声明（关于医学教育中的医患沟通，Bayer-Fetzer 会议的与会者，2001）

——敞开讨论；

——建立关系。

• 健康沟通的 Macy 主动模式（Kalet 等，2004）

——准备；

——开放；

——收集。

• 以患者为中心的医学（Stewart 等，2003）

——探讨疾病和生病的经历。

2.4 技巧

确立了开始阶段的目标之后，我们就能把注意力转向帮助我们实现这些目标的沟通技巧上。表 2-1 所列的沟通技巧引自 Calgary—Cambridge 指南（参见第 1 章）。

表 2-1 开始会谈以及建立关系的技巧

准备

- 把上一项任务搁在一边，注意自我的舒适程度
- 集中注意力准备这一次接诊咨询

建立初始的融洽氛围

- 问候患者并获知患者姓名
- 自我介绍，说明访谈的作用和性质，必要时征得对方的同意
- 表现出兴趣和尊重，关注患者的身体舒适状况

确认就诊的理由

- 采用恰当的开场问题（例如，“什么问题使您上医院?”或者“您今天想讨论什么?”或者“您今天希望回答什么问题?”），确认患者想要表述的问题或者话题
- 专注地倾听患者的开场陈述，不要打断其陈述或者引导患者的回应
- 确认问题清单并筛选出进一步的问题（例如，“头痛和乏力。还有其他的情况吗?”）
- 协商议程，把患者和医生双方的需要都考虑在内

2.5 开始阶段要教"什么"和学"什么"：沟通技巧的依据

2.5.1 准备

正如我们在第1章所了解的一样，**没有解决的不确定性和焦虑会导致注意力不集中，反过来又会阻碍有效沟通**。在临床实践中，你的心思很容易停留在上一位患者或者电话上，还有排成长队的患者等着见你，或者你的个人问题需要解决。你可能会发现，当你问候下一位患者的时候，你仍然在回想电脑里的记录或者正在完成上一个病历记录。在接诊咨询的开始阶段，这些思想、感情和行为很容易使你不能集中全部注意力。替代的办法是你应该自己做好准备，从而能把全部的注意力都放在患者身上，并且在这一关键时刻不被其他事情分散注意力。虽然对医生而言，这可能只是每天诸多常规性接诊咨询中的一次，但是对于患者来说，却可能是非常重要和意义重大的时刻。患者通常会全神贯注于即将到来的谈话——显然，如果医生能回报以他或她的全部注意力会非常有帮助。

对准备和集中全部注意力的建议包括：

- 把上一个任务搁置一旁——确保上一个接诊咨询不会影响下一个，对未解决的问题过后再来做安排；
- 注意我们的个人需求以及舒适度——确保饥饿、炎热或者睡意不会影响你集中精力于下一个访谈；
- 把注意力转移到手头的接诊咨询上来——通过阅读记录、寻找结果或者考虑患者的病史来做好必要的准备；
- 在问候患者之前要结束上述举动——尽可能以一种轻松而又专注的方式给予患者关注。

这样一种准备和专注比起一般的谦恭和尊敬更加深远。一项关于"家庭医师对其自认的临床诊疗失误原因的认识"的研究（Ely 等，1995）显示，匆忙和分心是医生们归结其错误的最常见的原因。

2.5.2 建立最初的融洽氛围

对于医学情境中问候的价值研究很少，也许是因为它太显而易见，但是以下因素却值得考虑：

- 问候患者；

- 介绍自己；
- 说明自己的角色；
- 获知患者的姓名；
- 表现出兴趣和尊重，注意患者身体的舒适程度。

介绍是对医生执业实践的富有魔力的洞察，尤其是它们经常被完全忽略的时候更是如此！患者们经常抱怨医生不做自我介绍，以至于他们不能确定正在给他们看病的是谁，或者不清楚该医生在医疗团队里面所担任的角色。

2.5.2.1 问候患者和做自我介绍

如果你此前没有见过患者，那么用恰当的非语言方式，如握手、目光交流和微笑，加上合适的问候语，来表示欢迎并进行自我介绍，相对容易。

> "你好，我是约翰医生，请进，请坐。"

有经验的医生经常很了解他们患者的情况，因此不需要向每一位患者做自我介绍。但是有时候他们毫无根据地假定患者知道他们是谁，因此很不恰当地省略了言语性介绍。他们假定认为，如果他们以前见过某位患者，那么他或她就会记住他们是谁，因此就不需要再做自我介绍。他们也可能还会觉得向从前可能见过但现在又想不起来的患者做自我介绍感觉不舒服。我们需要采取一些方法来克服这类难题：

> "你好，我是约翰医生。我在想我们以前没见过吗？"

2.5.2.2 说明你的角色以及会谈的性质

对于患者来说，如果不确定医生是谁，或者不确定他或她是否适合对他们的治疗，可能非常令人不安。在一项对50名医学生的研究中，Maguire 和 Rutter (1976) 报告，有80%的学生没有充分向患者介绍自己、也没有解释他们的意图。难道学生们向患者解释他们在这个团队的位置、他们和患者会谈的时间、他们将要用获取的信息做什么，他们怎样把这些信息传达给负责这一患者的医生，这些会没有用吗？如果是这样的话，那么在刚一开始就说明，这次会谈的主要受益人是学生而不是患者岂不是最好？或者反过来说，这是否意味着患者仅有这一次机会来说出他们的故事并且提出问题？同样地，对于医学生来说，取得患者的真正同意应当被看作介绍过程最为本质的部分。请看下面的例子。

> "你好，我叫 Catherine Singh。我是跟随 Ko 医生工作的学生，我正在学习怎样向患者问诊。我想 Ko 医生已经向您建议，在 Ko 医生加入我们并帮助您解决问题之前，先由我用 15 分钟和您谈谈。您看可以吗？"

可能会有人反对说，有经验的医生进行以上步骤是否多余，特别是在某些情况下，比如家庭医疗。在这种情况下患者和医生都很清楚接诊咨询的性质以及会面时的文化规则。但是，设想一下例如在教学医院、保健机构、跨学科团队和急诊科的情况吧。在这些情况下，可能会有很多不同的临床医师与每一个个体患者联系，医生可以通过仔细说明他们的角色、会谈的性质，并且征得患者同意而不是不予说明任其自然，这就可以避免疑惑并准备好应对某些误解。当初次会见患者的时候，或者当情况表明有人改变了角色时，这些说明也很重要。

> "你好，我是 Ko 医生，我可以坐这儿吗？我是这家医院的外科专家之一。您的家庭医生 Jones 医生请求我为您治疗。我现在能花 20 分钟和您讨论一下您的问题并给您做检查吗？"

2.5.2.3 获知患者姓名

在你非常了解患者的情况下，这一步显然没有必要进行。但是如果存在疑惑的可能，核实一下你是否知道患者的正确姓名和发音，以及患者姓名是否与病历上的相一致，不失为一种明智的做法。要避免假设患者的婚姻状况，以及他所喜好的称呼方式。

> "您好，我是 Jones 医生。我是这个家庭诊所的四个合伙人之一。请坐。我可以核实一下吗？您是 Mary French 夫人吗？（停顿）我想我们以前没有见过，您希望我怎样称呼您？"

2.5.2.4 表现出兴趣和尊重，注意患者身体的舒适程度

对于从会谈一开始就着手逐步建立关系的重要性，我们如何强调都不够。医生应该表现出对患者的兴趣、关心和尊重并采用恰当的非语言行为，这些对于为建设性的合作关系打下基础非常重要。

在此，医生的行为和态度对于使患者感到受欢迎、有价值以及被尊敬至关重要。尽早采取步骤建立信任和发展关系，会促进会谈展开时有效而准确的信息交流。对这一重要领域的关注应该贯穿于整个访谈过程而不仅仅是在开始阶段，所以我们要用整个第 5 章来说明如何建立关系。我们将通过研究证据来详细探讨建立和谐融洽氛围的技巧和非语言沟通的重要性。

事实上，我们在本章中关于开始访谈的所有讨论，都是要通过鼓励患者参与并倡导合作的方法来促进关系的建立。然而，在考虑建立初始的融洽氛围有关的技巧之前，我们要谈论非常重要的一项内容，那就是关注患者的身体舒适

程度。

环境因素会影响身体以及心理的舒适程度。它们会影响体位、姿势和目光接触、我们的认知、态度以及我们关注的能力。室温的设定是否使穿着长袍等待的患者感觉舒服？灯光是否既不耀眼也不太昏暗？患者和医生的位置是否合适，是否都不会受到无窗帘的窗户的耀眼光线刺激？在等候区，是否有为转移注意力而设的阅读材料、水族箱或患者教育材料？

除非有疼痛、恶心和损伤等问题，否则我们绝大多数人都会觉得坐在椅子上比躺着或者把腿悬挂在检查台边谈话更舒适。如果医生也坐着就更好了，因为这样一来就把双方参与者放在更平等的位置上，更容易不显眼地记笔记，并且会产生一种印象，即医生愿意在所需花费的时间里全心地关注患者。

家具摆放使医生和患者能促膝而坐的方法比并排坐或者直接面对面而坐更有帮助。研究发现，让沟通者坐在桌子对面的两边会有一种威胁、竞争或者屏障效应（Sommer，1971）。人们希望轻松的目光交流，但不是如此无法“逃避”的直接。

尽可能在患者穿着齐全的时候和他们谈话。如果要讨论敏感问题或者隐私问题，就要关上门，把床与床之间的帘子拉上。如果没有隐私的问题，至少要使患者感到踏实，并意识到环境引起的不适可能使他们拘谨或分心，从而给出不准确和不完整的信息。最后，要切记，所有这些环境因素也会像影响患者一样对医生产生影响。

2.5.3 确认就诊原因

在互相介绍和建立了初始的融洽氛围之后，下一步就是要确定患者想要讨论什么问题。他们对会谈的议程是什么？为什么今天来？在医院或者在家里看望患者时，医生需要搞清楚患者想要提出的问题，也要向患者解释他们去看望患者的理由。

例如，McKinley 和 Middleton（1999）在英国的一项全科诊所研究中指出，几乎所有患者都有特定的提前准备的要求要问医生。几乎一半的患者有特定的问题要问医生，55%的患者想要特定的治疗，60%的患者对问题的成因有他们自己的想法，而 40%的患者对于他们的症状有特别的担忧。毋庸置疑，患者是带着他们深思熟虑想要提出的议程来看医生的。

也许这些看来都太过明显而不值一提，但是实际上却比我们想象的复杂得多。还记得本章开头提到的那些证据吗？医生经常不去探究患者希望讨论的问题或话题，而屡屡发生的是医生和患者在会谈结束后对主要问题的性质意见不一致。Barry 等（2000）在一项关于全科诊所的定性研究中发现，35 名患者中

只有 4 人在就诊时说出了他们的所有议题。在全部 14 次有问题的接诊咨询中，至少有一个问题与患者没有说出的一个议题有关。显然有些问题需要在此提出。事实上，医生在访谈初始阶段的行为和方法会对接诊咨询的其他部分产生深远的影响，不仅会造成接诊咨询的结构和时间的差异，而且还会造成他们实际所讨论的问题的不同。

最有意思的是将一些研究的证据与医生们在会谈开始阶段所作的常见假设进行比较。

- 一些调查者指出，患者要讨论的担忧常常不止一个。在许多不同场合，包括初级卫生保健，儿科和内科，初次来诊、复诊患者所担忧的问题的平均数量在 1.2～3.9 个之间（Starfield 等，1981；Good 和 Good，1982；Wasserman 等，1984；Greenfield 等，1985）。这些研究告诫我们，在较广的范围内找出患者所担忧的问题之前，做出不成熟的、有限的假设测试是很危险的。
- 在一项对内科住院医师和初级卫生保健医生的研究中，Beckman 和 Frankel（1984）指出：

——患者讲述他们问题的顺序与这些问题的临床重要性之间没有关系——无论让医生还是患者判断都会认为，首先讲述的担忧与第二个或第三个讲出的相比可能并不是最重要的。

——医生经常错误地假定患者提到的第一个主诉就是患者所带来的仅有的一个。

——随访的复诊中，医生经常假设这次的接诊咨询诊是上一次访谈的直接延续，因此会全然省略开场的所有引言，而直接进入上一次就诊时引出的所担忧的问题。

如果第一个提到的主诉并非必然是最重要的一个，那为什么我们的表现好像它是唯一可能提出的呢？我们都能够回忆起我们经历的这种接诊咨询方法的苦衷，我们把大量宝贵的时间用于一个并不重要的话题，而患者的真正问题却在接诊咨询的最后才浮现出来（Robinson，2001）。有时甚至更糟——我们可能根本没有发现患者来诊咨询的主要理由，而不等患者鼓起勇气讲出第二个，也是更重要的议题，访谈就可能结束。更为根本的问题是，为什么我们经常探讨患者提及的第一个主诉，而不去先了解患者注意到的其他所有症状？就像我们在第 3 章将看到的，这可能会导致严重的无效临床推理。

我们怎么克服这一问题？怎样制订一个接诊咨询的常规计划，而不是盲目地沿着我们碰到的第一条道路走下去？在此我们讨论三种相关的技巧，这些技巧有助于医生不仅理解患者为什么来，而且尽可能多地了解患者来诊的理由以及它们的相对重要性。这些技巧如下：

- 开场问题；
- 倾听；
- 筛查以及议程设定。

2.5.3.1 开场白

(1) 初次来诊

在访谈开始之初，询问患者一个开放式问题非常重要，比如："今天您想要讨论什么?"。我们都倾向于我们反复使用的一套喜爱的储备问题。这里列举了一些我们课程的参加者们说他们反复使用的措词：

> "我能怎么帮您呢?"
> "告诉我，您有什么问题要来看医生?"
> "您今天想谈些什么?"
> "我能为您做什么?"
> "您怎么样了?"
> "情况如何?"
> "发生了什么事?"
> "好，您来说说看……"
> 不说任何话（都通过肢体语言暗示）

在病房里，一个缺乏经验的医学生使用的开场问题可能要与负责该患者的医生所使用的有所不同。学生的任务可能是为了发现一名前些日子已经住院因此"已在系统"中的住院患者"**什么问题使您来医院?**"，且主要是为了自己的利益。而医生更经常要进行诊断性工作，因此要用诸如"**告诉我，您一直以来有什么问题?**""**我怎么能帮您?**"或者"**您的家庭医生 Patel 给我写了一封信，很有用，但还是请您先从您的角度出发告诉我有什么问题**"。

我们不加思考重复使用的一些精确的词语成了咒语，但事实上，用词这一简单的任务会造成访谈其他部分性质的巨大差异。我们提问题的方式会微妙地改变患者应答的类型。

更普遍的问法，如"**您怎么了**"，允许患者宽泛地陈述他们的感受，但可能发现不了他们来看医生的真正问题（Frankel，1995）。例如，回答可能是"**我很好，但是现在我的关节炎很严重**"，而患者实际上是来讨论日益加重的偏头痛。对神经科专家来说这种模棱两可的回答可能很明显，但对于不在此专业领域的普通内科医生来说却并非如此。医生需要注意问题的种类，并且在没有问到患者"**这就是您为什么今天早上来看医生的原因吗?**"这种更特定的后续

问题之前，医生不要对患者就诊的原因做出假设。

“我能怎么帮助您？”更明确暗示你想知道患者今天希望讨论的问题，尽管这句话有可能会把患者的问题限制在医生能够“帮助”解决的医学问题上。

“请告诉我，您有什么问题要来看医生”这样的问话就不太限于医学，而是更加开放并且显示你乐意倾听更宽泛的议题。

“您今天要讨论的问题是什么？”明确地表明你希望鼓励患者列出他们想要讨论的所有问题，但是可能不能被所有患者理解。

“好的”、“是的”或者一言不发而仅用身体语言，是极端开放的开始方式，就让患者说。但是，这种方式对于让患者详细地谈一个问题还是列出所有的问题，缺乏初始的引导。

我们并不认为存在一个适用于所有场合的都正确的开场提问方法。但是医生们需要引起注意并且更谨慎地考虑他们每次接诊咨询如何开始的后果(J. Robinson，2001；Gafaranga 和 Britten，2003)。

(2) 随访复诊

随访复诊和初次接诊之间的共同之处，比人们通常认为的要多。此处的关键在于，在你实际询问患者之前不要对来诊的理由做出假设。我们很容易假设患者只是为了常规检查而来，因此会直接问**“您感觉新药疗效如何？”**，而事实上患者有一个更迫切或至少有第二个问题需要讨论。但是如果你还是像初次接诊咨询那样以**“您今天想讨论什么？”**开场，可能听起来像完全不记得这位患者。或者你也可以根据你对患者就诊理由的理解来开场，例如**“我在想，您是来做常规检查的吗？”**或者**“我来看看您现在怎么样了，并且检查一下您的切口”**，随后要加问一句**“今天您还有其他什么问题要讨论吗？”**来请求患者确认。

2.5.3.2 倾听患者的开场陈述

(1) 学会如何在接诊咨询的开始阶段倾听是达到有效、准确接诊咨询的第一步

乍看起来，给患者时间、空间和鼓励来陈述，而医生故意不采取行动并倾听，可能不是最有效的开始会谈的方法。医生们经常迫于时间限制的压力，以至于他们认为需要通过迅速转向提问模式以加速快跑并采取主动。还有，这种方法常常会导致医生去探讨患者提供的第一个议题，结果正如我们所看到的，收效相反。那么，我们如何解决这个问题呢？我们又如何确立在接诊咨询之初，倾听患者陈述就能得到使总体访谈更加有效和准确的回报呢？

(2) 在接诊咨询的这一阶段，倾听而不是询问，可以使医生和患者实现更多的目标

回顾在接诊咨询第一阶段的沟通目标，可以帮助我们找出我们的方向。我们的目标可以分为三大类。首先，是理解患者今天想要讨论什么，并与患者一起计划如何完成接诊咨询的其余部分。其次，是让患者感觉舒适、受欢迎并成为进程的一个重要部分——建立初始的融洽氛围。第三，是评估患者的感受——把患者当作一个人来看待。

我们怎样以最轻松的方式同时实现以上三个目标？就像我们在第3章将要看到的，一旦医生进入细节提问，患者就会成为一个被动的应答者。医生不得不一个接一个地提出封闭式问题，并且他或她的思想被迫脱离患者的反应，而转入诊断推理，访谈也会过早地集中在某一个特定的领域。相反，遵从一个开放式的初始陈述或问题，并予以专注倾听，就会使医生发现患者更多的议题，听到出自患者观点的故事，表现出支持和兴趣，通过全神贯注于患者，提取他们感情和情绪状态的线索，否则这些线索很可能会被漏掉。

(3) 支持倾听的证据是什么？

关于医生在接诊咨询之初倾听技巧的重要性，已经充分体现在那些可能引用次数最多的沟通文献中，包括 Beckman 和 Frankel（1984）和 Beckman 等（1985）人所发表的论文。

我们很早就已经从 Byrne 和 Long 有关初级卫生保健的著作（Byrne 和 Long，1976）中知道，许多功效不佳的接诊咨询之所以发生，是因为难以发现患者为什么要来看医生。问题之一是患者倾向于保留他们的心理社会问题和其他重要的担忧，直到在就诊的后期，当他们做出试探并从医生那里获得信心之后，才说出来。对症状的焦虑或者尴尬，或者严重的担心，可能会使患者推迟到很晚才提及这些问题。这些迟到的告知被称为“隐蔽的议题”（Barsky，1981）。

这种思考访谈的方法集中关注于患者保留、推迟还是共享信息的决定。不过，最近的研究多集中于医生在会谈中所起的作用。研究观察了医生的行为对患者提供信息的定位及流量的影响发现，医生们自己的言谈举止对于他们能否（或何时）探究出患者来诊的所有原因，具有令人吃惊的作用。在此医生的行为可能比患者的行为更具影响力。

Byrne 和 Long（1976）指出，许多医生不是好听众，在与患者会谈时墨守成规，缺乏变通能力，难以满足个体患者的需求。Beckman 和 Frankel（1984）在他们的关键研究中进一步说明了这一点。他们通过精确分析医生们所使用的词语和提问，表明这些如何能轻而易举地在不经意间引导患者远离他

们对希望来看医生理由的吐露。他们的研究揭示了大量事实：

- 医生经常在患者完成开场陈述之前打断患者——平均时间仅在 18 秒后；
- 只有 23%的患者完成了他们的开场陈述；
- 在 51 个被打断的陈述中，只有 1 名患者被允许在稍后的时间完成他的开场陈述；
- 94%的打断是以医生获得话语权而结束；
- 在打断患者陈述之前，医生等待的时间越长，所引述出的主诉就越多；
- 允许患者完成开场陈述会使后期出现的问题明显减少；
- 澄清式或封闭式的问题是打断陈述的最常见原因，但是医生说的任何话特别是鼓励患者对某一问题给出更进一步的信息也可能会导致陈述中断，这可能令人感到惊讶，竟包括医生对患者语言的随声附和；
- 在 51 次接诊中有 34 次是医生在患者讲出最初的担忧后就打断，显然假定第一个主诉就是主要的一个；
- 患者表述问题的先后顺序和它们的临床重要性无关；
- 被允许完成他们开场陈述而不被打断的患者，绝大部分用时不足 60 秒，即使鼓励他们继续，也没有一个用时超过 150 秒。

Beckman 和 Frankel 向我们指出，采用封闭式提问过早追询患者提出的第一个问题，会阻碍医生发现患者希望讨论的所有话题。重点很快从以患者为中心转向以医生中心的模式。一旦如此，患者会倾向于保持较为被动的角色，努力通过简短回答来依从，也许他们在假定，如果有能力的医生想知道某些事情，他就会询问。继而发生的就是低效率和不准确的信息采集。这不仅会导致在患者的主要担忧还没被发现之前会谈就结束，而且会使对疾病的假设检验是在患者没有机会讲述他们的故事或提供信息的情况下进行，这些是封闭式提问永远不可能很好地发现的信息。

Beckman 和 Frankel 明确指出，即使是对患者初始陈述的轻微打扰，实际上也会从根本上阻止患者其他担忧的呈现，或者导致重要的主诉在接诊咨询的后期才说出来。如果要求患者开始告诉你某一问题的更多情况，你就限制了他们的选择，阻止了他们扩展到他们希望告诉你的其他信息。当医生以打断而介入时，患者实际上就被迫面对一个实际的问题。比如说，患者谈到头痛，但是却在他能提到最近的心悸和婚姻问题之前被打断。**“跟我多说点你的头痛”**或者更糟的是，**“你在哪儿得的头痛?”**之类的问题，把讨论局限于头痛，既限制了患者的选择，又限制了会谈的整体功效。

Marvel 等（1999）最近重复并扩展了 Beckman 和 Frankel 的研究。在一

项对有经验的家庭医生的研究中，他们发现，从医 15 年之后，医生打断患者陈述的平均时间还是非常短暂（23.1 秒），只有 28%的患者完成了他们的开场陈述。尽管医生后来可能很想让患者完成他们的开场陈述，但这也只发生在 8%的访谈中。令人欣慰的是，研究发现，先前接受过沟通和咨询技巧培训以及专科培训的医生更有可能恳求患者说出所担忧的问题并让他们完成初始陈述。有趣的是，他们发现另一个鼓励患者吐露他们所有议题的方法，就是在转到另一个开放式的恳求之前，如“今天我们还有什么需要关注的吗?”，在每个恳求后紧跟一个针对性的开放式问题，比如“请告诉我有关腿疼的更多信息”。他们得出结论，既然要想获得所有议题想要的结果和对问题的充分解说，医学访谈模式必须有灵活性。

Rhoades（2001）等人研究发现，在被家庭医生和内科住院医师打断之前，患者平均讲述的时间只有 12 秒。在 25%的情况下，住院医生会在患者结束讲述之前打断他们。

Langewitz 等（2002）继续了 Marvel 等的研究，不过他们把研究放在了瑞士三级转诊中心的内科门诊，此中心收治的患者以“疑难杂症”为特点。他们认为，医生之所以如此频繁地打断患者陈述，是因为医生们假定，如果允许患者想说多久就说多久，就会影响医生的时间安排。Langewitz 等想知道，是否真的会发生这种情况。该研究的样本包括 335 名第一次来此就诊的患者和 14 名有经验的内科医生，这些医生都经过培训，能积极地倾听患者陈述而不去打断，直到患者表示他们的主诉列表已经完成。患者不知道会被记录时间。尽管该三级转诊机构患者病情复杂，但患者自发讲话的平均时间只有 92 秒，并且 78%的患者在 2 分钟内结束。有 7 个患者的讲话时间超过 5 分钟，但是他们的医生感觉他们提供的信息非常重要，不应该被打断。

Wissow 等（1994）指出，儿科医生专心倾听的运用程度和患者父母表露的心理社会问题成正相关，而 Putnam 等（1988）的研究表明，教给住院医师倾听的技巧是可能的，并且这种教学可以明显地增进患者的阐述，而与会谈时间的延长没有任何关联。

(4) 专心倾听有哪些特殊的技巧?

倾听经常被等同于“坐着无所事事”，是一种被动而非主动的方式。然而就像 Egan（1990）在《有技巧的帮助者》一书中所说：

多少次你曾被别人抱怨“你根本没有在听我说什么!”。而当被指责的人回答说“我听了，我可以复述你所说的一切”时，抱怨者却并不舒服。人们所寻求的关注和倾听并非是对方复述话语的能力。要是这样的话，一台录音机就可以做得很完美。在人际沟通中，人们想要的不仅是对方身体的存在，而且要求

对方的心理、社会以及情感都在场。

实际上，专心倾听既主动又有很高的技巧性。有四个特殊技巧可以帮助我们发展专心倾听的能力：

- 等待时间；
- 辅助性回应；
- 非语言性技巧；
- 提取语言和非语言的线索。

① **等待时间**。在接诊咨询时，适时地从说转为听并不容易。我们经常发现，自己不经意间就在准备下一个问题而不是将注意力集中在患者的讲述上。我们可能过于陷于构思下一个问题而分散了注意力，从而没有听取患者的信息并打断他们，没有给他们足够的时间来回应。来自教育界而非医学界的证据更能说明，让患者在回答之前有更多的空间去思考，或者暂停之后再继续，对医生和患者都很有利。

Rowe（1986）用 20 多年的时间研究了大量教室环境中非医学专业的教师。她发现教师提问时，他们只用 1 秒左右的时间等待回答。同样地，在学生停止讲述之后，他们也只等待 1 秒钟就做出反应。然而，如果教师通过培训，能在每一个关键点延长停顿到 3 秒钟，学生们在课堂上的行为就会发生显著的变化。学生会更多地参与贡献，讲述的更长，询问更多问题，为他们的想法提供更多证据，并且很少不回应。困难学生或那些“老师看不见”的学生也开始成功地发言。反过来，教师提问的问题更少但更灵活，而他们对学生的期望也会增加。

在医学访谈中，有效地利用等待时间，就使患者有时间去思考，参与贡献更多而不被打断，这也为医生提供了时间去听，去思考并更灵活地回应。

② **辅助性回应**。一些医生明显比其他医生更能鼓励患者就一个话题说出更多的内容，向患者表明他们对其所述感兴趣，并且希望他们继续。最少或者不打断经常可以很有效地达到这种效果，值得我们认真考虑的是，什么细微的线索能如此有力地提示患者我们正在倾听并乐意听。

我们将在第 3 章更详细地探讨辅助性技巧，而在此我们要考虑，在问诊的开始阶段哪些特定的辅助性回应有价值。研究清楚地表明，在接诊咨询的不同阶段所采用的倾听技巧各不相同。如果在访谈中过早使用已知在接诊咨询后期才有帮助的技巧辅助性技巧，实际上会起反作用。

Beckman 和 Frankel（1984）的工作为我们提供了明确的指导。他们特别关注医生采取哪些辅助性干预可以让患者继续并完成他们对担忧的初始陈述，哪些干预却打断了患者，促使医生过早地对某一特定方面进行探究而不能发现

患者想要讨论的更多担忧。他们指出：重复（随声附和），重述和解释等这些在访谈后期非常有价值的辅助性技巧，用在访谈一开始可能会造成打断，而其他更中性的辅助习语，比如**“啊哈”**，**“接着说”**，**“是”**，**“嗯”**，或者**“明白了”**等，却可以鼓励患者沿着他们自己的思路继续。

③ **非语言性技巧**。待我们学习第 5 章《建立关系》时，会更详细地探讨非语言性技巧。但在此，我们希望提出一些特别与接诊咨询的开始有关的非语言性沟通问题。

我们乐意倾听患者陈述的意愿大都可以通过我们的非语言行为表现出来，这些非语言行为会即刻向患者强烈地暗示出我们对他们以及他们的问题感兴趣的程度。非语言性沟通涉及许多个体成分，包括姿势、移动、接近、注视方向、目光接触，手势、声音暗示（音调、语速、声量），面部表情、触摸、外表和环境暗示（家具摆放位置、光线、温度）。所有这些技巧都有助于表明对患者的关注并辅助支持性关系的形成。相反，无效的行为不但关闭了互动之门，也阻止了关系的构建（Gazda 等，1995）。

非语言性技巧中最为重要的是目光接触。在我们努力去理解患者的问题时，很容易因为记笔记或者用电脑而分心，而缺乏目光接触却很容易被患者误解为缺乏兴趣从而会抑制开放式沟通（Goodwin，1981；Ruusuvuori，2001）。此时第一印象非常重要。

沟通研究表明，当非语言信息和语言信息不一致或对立时，非语言信息会压倒语言信息占上风（Koch，1971；McCroskey 等，1971）。如果你用语言信息表示你想让患者告诉你他们所有的问题，但与此同时你说的很快，看上去愁眉苦脸并且目光躲躲闪闪，那么你的非语言信息总是会胜出。患者会正确地分析，认为今天会谈的时间很有限，因此可能不会充分详细地和你谈问题。

语言和非语言辅助性技巧的重要性在于他们向患者传递的信息。我们在第一章描述的两个沟通原则是减少不确定性和建立双方相互理解的共同基础。辅助性技巧能有效地鼓励患者讲述他们的故事，因为这些技巧会直接向患者传递出我们对他们的态度的信号，我们对他们以及他们故事的兴趣，还有我们帮助的意愿。如果没有这些技巧，那么患者始终不能确定我们对他们所说的内容是否感兴趣，也不确定我们是否需要他们继续讲述。我们可能心里很清楚希望访谈沿着某一方向推进，但是我们的语言和非语言性行为是否熟练到足以让患者分享这一理解呢？

④ **提取语言和非语言线索**。另一个重要的倾听技巧是提取患者的语言和非语言线索。这不仅需要，还需要观察。患者的想法、担忧和期望经常通过非语言线索和间接评论表达出来，而不是直接讲述出来（Tuckett 等，1985）。

这些线索常常在患者最初陈述他们的问题时就表现出来了，而医生需要从访谈一开始就特别关注它们。危险在于，或者我们完全漏掉了这些信息，或者假定自己明白了他们的意思，而在访谈当时或后期不去向患者进行核实验证。在第3章我们将会更详细地讨论专注倾听的这一方面。

(5) 专心倾听有哪些优点?

全神贯注的积极倾听可以使你:

- 表明你对患者的兴趣;
- 听到他们的故事;
- 避免做出不成熟的假设并盲目地找出关联;
- 减少访谈后期出现的主诉;
- 倾听患者对“疾病”和“患病”的看法，如第3章所讨论的;
- 不必考虑下一个问题（这一问题会阻碍你倾听并致使患者处于被动状态）;
- 测定患者的情绪状态;
- 更仔细地观察和提取语言和非语言线索。

专心倾听而不打断对于那些对他们的健康或者问题的看法和感受相对模糊的患者也非常有帮助。给这些患者一点空间，让他们有时间弄清楚他们到底希望和医生讨论什么。并不是所有的患者都有鲜明的议题。

既然在访谈开始阶段有那么多需要听和看，为什么不有意识地把第一、二分钟留给患者，医生只专心倾听和辅助，而不是提出问题呢?倾听而不是即刻转移到一系列关于病史的问题，可以使我们实现更多目标。虽然只需很少的时间，但若能聪明地利用好接诊咨询的最初时刻，则会获得丰厚的回报。

2.5.3.3 筛查

在以上的讨论中，我们已经看到，在接诊咨询的开始阶段，如何通过使用恰当的开场问题，结合专心倾听和特定的辅助性技巧，使医生发现患者更多的议题。现在我们来探讨如何在积极探讨任一问题**之前**，通过深谋远虑的努力来发现患者的所有问题，从而进一步提高接诊咨询的准确性和效率。

筛查就是这样一个过程，即通过进一步开放式的询问，来有意地与患者验证你所发现的他们希望讨论的所有问题，而不是假设患者已经提及了他们所有的困难。这需要双重验证:

> “您最近感觉头痛和头晕。还有别的什么问题困扰您吗?”

如果患者继续讲述，继续倾听直到他们再次停止。然后重复筛查过程，直

到最后患者说他们已经讲完：

> “您还感到很疲乏、易怒并且怀疑您是否贫血。还有别的吗?”

在此过程结尾，当患者说“没有了，就这些”，你可能希望确认一下你的理解并且给患者一个机会让他知道你都听到了什么：

> “那么根据我的理解，您一直头痛和头晕，但是还感到疲乏、暴躁易怒和情绪低落，您担心自己可能贫血。我说的正确吗?”

这种验证方法经常可以揭示与最初主诉相关的症状和担忧，但是患者可能还没有透露出一个完全不同的问题。你可能希望进行最后一次验证：

> “我明白这些症状一定让您担心，等一下我们还需要更进一步探讨：先请让我核实一下，今天您是否还有另外的问题希望我能帮您吗?”。

患者可能会提出第二个问题。**“嗯，我还有严重的咳嗽”**或者一个社会性问题，**“嗯，我确实非常担心我的女儿”**。如果没有这一验证过程，你可能直到接诊咨询结束才第一次发现这些问题，并且没有时间和耐心来解决他们。

四步方法可以确认患者的议题，即：

- 开场问题；
- 倾听；
- 筛查；
- 确认。

该方法比传统方法给予医生和患者更多的好处，传统的方法是：

- 询问；
- 假设；
- 推进。

对医生来说，有更好的机会发现患者的全部议题，与患者商议如何最好地利用时间，并使访谈的速度得当。筛查也为医生提供了一个途径，使他们核查自己对患者来诊原因或希望讨论的问题的预期和假设，帮助医生保持开放的思维。

对于患者，筛查建立了相互理解的共同基础，并证明了你确实对他们的问题和想法感兴趣——这二者反过来又增强了信任和开诚布公。帮助患者尽早说出他们最重要的问题能防止他们的注意力始终关注于怎样以及何时介绍他们尚未陈述的担忧，而不是关注于进展中的议题（Korsch 等，1968；Mehrabian 和 Ksionsky，1974）。筛查有助于防止患者头脑中的不确定性所导致的分心和

对有效沟通的阻碍。

在会谈后期，当患者进行了试探并对医患关系获得信心后，他们当然还可能会透露潜在的问题以及隐藏的议题。筛查鼓励但不是保证早期确认问题，我们还必须对后期出现的主诉保持开放的态度，并且对患者推迟介绍的理由保持敏感。

目前有几本北美的教科书，建议对接诊咨询的开始部分采用以下顺序（Riccardi 和 Kurtz，1983；Lipkin，1987；Cohen-Cole，1991）：

- 通过专心倾听不打断或不过早结束来鼓励患者讨论他们的主要担忧；
- 通过总结来确认所发现问题的清单；
- 重复验证是否有其他的担忧（**“今天您还有其他问题想讨论吗？”**）直到患者表示没有；
- 商议接诊咨询的议题。

我们将在第 3 章更详细地探讨验证和总结的技巧。

倾听与筛查之间的平衡

已经认识到筛查对于问题的全部范围的重要性，学习者们常常对何时精确地筛查以及何时倾听感到进退两难。在应用这两种互补性的技巧时，需要达到一种平衡，这种平衡一定程度上是由每一次访谈的情况所决定的。

在特定的访谈中，预先筛查并直接向患者解释你的计划是可能并且有益的。举个例子，当患者转诊到一名专家时，可能会收到下述介绍：

> “您好，我是 Smith 医生。我收到您的家庭医生的一封介绍信，所以我对您今天为什么来有一点了解，但是我还是想听听您第一手的故事，然后尽我所能地帮助您。如果您同意，我想先就您的所有问题或者想要得到帮助的事情列一个清单，然后我们就能一起更详细地探讨它们。”

这个方法为患者制定了非常清晰的结构。这很明显地表明医生从一开始就要了解他们的全部议题，并且会关注他们所有的担忧。否则的话，患者可能不知道他们是应该就某个问题谈下去还是应该简要地提及全部问题。

另一个极端的例子，患者一进入房间就立刻讲述他们明确需要讲述的故事，或者患者刚一坐下就泪流满面，因为他的父亲刚刚去世，也值得我们全神贯注。此时应优先选择倾听而不是筛查。打断他们，或者说**“我们把话题转回来——今天你还有其他事情希望讨论吗？”**是不合适的。

一些患者带着事先写好的清单而来，给医生一个绝好的机会来筛查议题并商议在当天的时间可能做什么。另有一些患者带着他们紧张准备并排练过的讲

话而来——在医生和患者能安顿下来一起工作之前，讲述这番话对于患者内心的安宁至关重要。这种开场白经常富有感受、思想、想法、担忧和期望，并且提供了患者生活世界的很多线索，因此如果不给患者表述他们故事的机会就是一种错误。如果你不先听的话，你可能会错过一些可能对帮助患者解决问题很重要的线索。

这种两难的情况可以通过我们已经讨论过的另一个沟通原则来解决，即**动态变化**。对一种情况合适的技巧可能对另一种情况并不合适，因此我们必须在进程中持续监测，如何用最好的方法完成接诊咨询。我们已经知道了倾听和筛查很有帮助，那么在不同情况下非常灵活恰当地应用两者才是关键。

2.5.3.4 议题设定

筛查自然会导致商议和制定议题，将患者和医生两者的需要都考虑在内(Kaplan 等，1997；Manning 和 Ray，2002)。要保持对发展医患之间伙伴关系（一种合作性关系）的重视，这是一种公开的、包容性方法，以明确访谈应该如何推进。

在第 3 章当我们讨论总结和标注的时候，会更详细地讨论如何建构一个访谈。我们将描述这些方法如何鼓励医生们去考虑他或她到目前为止到达了访谈的哪个阶段，下一步要努力达到什么确切的目标，以及如何用语言向患者说明这些想法。这一方法比起简单地推进而不向患者解释有很多优点。对医生而言，组织自己的思想可以避免无目的或不必要的提问以及不完整的数据采集。对于患者来说，访谈的结构变得清晰，对正在发生的事情提供了更多参与的机会和更多的责任。

议题设定是构建接诊咨询结构的另一个例子。优先讨论的议题得以建立和商定：

> “我们可以从腹泻和发热这些新问题开始，然后再转到讨论您所使用的药物吗?”

医生的议题还可以增加：

> “好吧，我们先考虑您的头痛，然后再检查您的皮疹。如果没有问题，待会儿我还想查一下您的血压和甲状腺药片。”

时间的问题可以提出来并且协商：

> “这就是我们要解决的问题的清单，我不确定我们是否有足够的时间将它们全部做完。……如何?”

在商议优先讨论的议题时，可能需要在患者个人担忧的层面以及医生对什么问题当下更重要的医学理解之间打造一个平衡：

> “我知道，今天关节炎真的是最困扰你的问题，但是如果您不介意的话，我更想从您上周出现的胸痛开始检查。”

有意思的是，Levinson 等（1997）指出，那些指导患者预期和随访的初级卫生保健医生很少受到医疗事故索赔。

注意在议题的制定和协商过程中，你不只是告诉患者做什么，而是要邀请患者参与进来，制订一个双方同意的计划。在第一章我们所讨论的沟通原则之一便是，**有效沟通要促进互动，而不是一个信息直接传递的过程**。Cassata（1978）曾解释，在接诊咨询开始就明确议题如何能促进这样一种互动（一种双向沟通），可鼓励患者在整个接诊咨询过程中更加主动、负责和自发地参与。我们的五项原则中的另一项原则是**减少不确定性**。在此，明确的议题设定证实通过建立相互理解的共同基础而实现。Joos 等（1996）为这一方法提供了研究证据，他们教给内科住院医师和医生引导患者讲出全部担忧以及商议出双方同意的议题的技巧，结果表明，接受过这一培训的医生不仅可以发现他们的患者更多的担忧，而且同样重要的是，达到这一效果并没有延长接诊的时间。

2.6 总结

这一章，我们讨论了开始接诊咨询的技巧，也是所有会谈中最重要的部分之一。这些技巧包括建立初始的融洽氛围，确认患者来诊的理由，以及为访谈其他部分商定议题。它们直接影响到医学沟通的三个重要目标，即**准确性**、**有效性**和**支持性**，能否在会谈过程中实现。

开场的技巧非常不同于采集信息的技巧，正如我们在 Calgary-Cambridge 指南中所指出的一样。在我们的头脑中经常对这些任务不加区分，把它们混为一谈，因而导致有害的结果。很明显，在访谈推进的过程中，在头脑中保持一个接诊咨询的框架非常重要。在详细探究患者的问题之前，问自己一些问题会很有帮助：“我是否完成了会谈第一部分的目标？我是否已经建立了支持性的环境和初始的融洽氛围？我是否发现了患者想要讨论的所有问题？对于列举的问题清单，我是否已经建立了相互理解的基础，并制订了相互同意的接诊咨询计划？我是否已经使患者成了这一合作过程的一部分？”一旦完成了这些任务，医生便可以转向采集每一个问题的信息了。

（王少利 译，杨雪松、许静 校）

3 采集信息

3.1 概述

我们已经看到访谈的开始对成功的医患沟通如何至关重要，那么现在就可将我们的注意力转到访谈的下一个阶段——采集信息。

多年以来，我们都十分清楚了解病史采集对诊断的极端重要性。临床研究反复证明，病史资料在诊断证据中占60%～80%。在 Hampton 对门诊患者的研究中，80 例患者中仅凭病史就足以做出诊断的有 66 例（Hampton 等，1975；Sandler，1980；Kassirer，1983；Peterson 等，1992）。

然而，很多医生在医学院里所学的采集病史方法会导致不准确和效率低下。传统的提问方式不鼓励全面的病史采集或有效的假设诊断的产生。所幸近年来沟通理论和研究的发展已经极大地提高了我们对采集信息过程的理解。

它们还开辟出一个全新的病史采集内容领域，就是患者对自身疾病的看法（McWhinney，1989）。传统的医患交谈只关注病理性疾病，但却损害了对每一位患者高度个体化需求的理解。结果，对于理解患者问题所需要的很多信息依然隐藏着。对患者满意度、依从性、召回能力和生理转归的研究都证明，需要视野宽泛的病史采集，其内容不仅包括医生对患者生物学方面的关注，也应包括患者的个人生活世界。

病史采集的内容和过程技巧，都是有效医学沟通的核心内容。在本章中我们将分别探讨。

3.2 沟通中的问题

有大量证据表明在接诊咨询的病史采集阶段存在沟通问题。

- Byrne 和 Long（1976）在英国对 2000 例初级保健接诊咨询进行的经典研究发现，尽管医生们面对的问题以及患者的行为方式各不相同，但他们采集病史的方式却如出一辙。他们经常遵循一种“以医生为中心”的封闭式方法采集病史，不鼓励患者自己叙述病史并倾诉他们自己的担忧。

- Platt 和 McMath（1979 年）观察了美国医院内科的 300 个接诊病例后发现，“高度控制的风格”（过程）和过早聚焦医学问题（内容）导致了诊断假设（认识）中一种过于狭隘的方式，并限制了患者表述其担忧的能力（内容）。这些反过来导致了接诊咨询的不准确。
- Tuckett 等人（1985）在英国对全科医师给予信息方面的一项研究（第 6 章中有详细阐述）表明，引出患者对自身疾病的看法对于使患者理解并回忆相关信息非常重要。但是这些研究者的努力总是受阻，因为他们发现很少有医生让患者自由表达意见，即使有，也少有医生让患者详细地谈出他们的想法。
- Kleinman 等（1978）运用跨文化的研究来说明，患者和医生健康理念的潜在分歧会导致患者满意度、依从性、管理和转归的问题。
- Maguire 等（1996a）的研究说明，在进行沟通培训之前，只有不到一半的医疗卫生专业人员能够发现患者主要担忧的 60%。
- Levinson 等（2000）发现，在沟通过程中患者发出了语言和非语言暗示，但医生们对患者暗示做出积极反应的，在外科有 38%，在初级保健中只有 21%。
- Rogers 和 Todd（2000）发现，肿瘤科医生偏向倾听并回应特定的疾病暗示，而忽略其他的问题——他们忽略患者的疼痛信号，除非这种疼痛可以按照肿瘤专家的治疗控制。其他的疼痛或者不被承认或者被忽视。
- Kuhl（2002）说明，医生如果轻视或者不理会患者的看法，或者不考虑患者的担忧，就可能无意中导致他称之为的“医源性痛苦”——就是由另一种因素非故意地施加的疼痛和痛苦。Kuhl 通过列举大量癌症患者所经历的故事的例证，强有力地说明医生本身所面对的死亡、痛苦、疼痛和社会关系等无法解决的问题，会转移到患者身上从而产生了医源性痛苦。
- Maguire 和 Rutter（1976）显示了高年级医学生信息采集技巧的严重缺陷。很少有学生能够发现患者的主要问题，弄清楚问题的确切性质，探究模糊的陈述，精准地确认，引述出疾病对患者日常生活的影响，回应以语言暗示，涵盖更多个人话题或者使用辅助性技巧。绝大多数学生使用封闭、冗长、多重和重复性的提问。

3.3 目标

在医学访谈采集信息时，医生的目标应超越仅仅从被动的患者那里汲取信息。我们也需要让患者感觉到他们在被倾听并且被看重，确保相互理解并维系一种可持续的合作关系。因此，我们在访谈这一阶段的目标包括：

- 探讨患者的问题，发现生物医学的看法、患者自己的看法和背景信息。

• 确保采集到的信息准确、完整并且能被双方共同理解（建立共同基础）。

• 确保患者感觉被倾听，并且他们的信息和观点受到欢迎和重视（肯定）。

• 持续发展支持性的氛围和一种合作关系。

• 使接诊咨询结构化，以确保有效的信息采集，使患者能够理解访谈的发展阶段和原因并公开参与其中。

上述这些目标中也包括了很多其他著名的接诊咨询指南中所提及的任务和检查要点。

• Pendleton 等（1984，2003）

——理解患者来诊的理由：

• 问题的特点和历史；

• 问题的原因；

• 问题的影响；

• 患者的想法、担忧和期望。

——与患者建立或保持一种有助于完成其他任务的关系。

• Neighbour（1987）

——联系。与患者建立和谐融洽的关系。

——总结。“我是否充分理解了患者为什么来就诊?”

• AAPP 三功能模式（Cohen-Cole，1991）

——采集数据以理解患者的问题所在；

——发展和谐氛围并对患者的情绪作出反应。

• Bayer 学院的医疗卫生沟通 E4 模式（Keller 和 Carroll，1994）

——使患者参与其中；

——设身处地地理解患者。

• SEGUE 沟通技巧教学与评估框架（Makoul 2001）

——引出信息。

• Maastricht Maas Global（van Thiel 和 van Dalen，1995）

——探寻；

——澄清；

——总结；

——情感。

• 医患沟通中的基本要素：Kalamazoo 共识宣言（医学教育中的医患沟通 Bayer-Fetzer 会议的与会者，2001）。

——采集信息；

——理解患者的看法。

- 健康沟通 Macy 主动模式（Kalet 等，2004）

——采集；

——引出并理解患者的看法。

- 以患者为中心的医疗（Stewart 等，2003）

——探讨疾病和患病经历。

我们的目标和其他几种模式的目标一样，都清楚地表明，内容和过程技巧是信息采集的重要因素。本章将首先探讨与医学访谈这一部分相关的内容，然后再详细考察采集信息的过程技巧。在本章的最后我们将讨论临床推理的影响，以及重点病史对医学访谈的过程和内容的影响。

3.4 医学访谈中信息采集的内容

那么在访谈结束时医生需要发现什么信息呢？医生在查房后写下的患者病历中应呈现什么信息？一旦对此进行了界定，我们就可以转而关注在访谈的这一环节中如何做到最好，并考虑什么过程技巧能使信息采集准确、有效并具有支持性。

我们就从探讨两种形成对比的收集信息的方法开始，即传统的医学病史和疾病—患病模式。

3.4.1 传统医学病史

传统的病史采集方法在医学实践中已经根深蒂固，因此人们很容易认为这是正确的方法。然而在医疗中我们经常会如此假设，而不去考虑其渊源及其与现代医学实践的关系。McWhinney（1989 年）精辟地追溯了传统临床方法的起源、长处和弱点。我们在此摘要概述。

3.4.1.1 传统方法的起源

19 世纪初期，一种新的临床医学方法开始形成，在大革命后的法国最为领先。此前，医学缺乏任何科学基础——患者的症状是医生关注的焦点，而对潜在的疾病过程却少有理解。像听诊器之类的创新揭示出一整套全新的临床信息。与此同时，医生们开始检查患者死亡后的内脏器官，并尝试将患者的生前的物理体征和死后的变化联系起来。从此以后，患者疾病在身体上的表现就成为医生诊疗的核心——诊断的目标就在于用特定疾病的词汇解释患者的症状并提供科学的解释。这一变化为二十世纪的诊断和治疗带来了难以置信的巨大进步。

到 1880 年，一个全面定义的临床方法得以建立。这在医院的临床记录中显而易见，这些我们今天所熟知的结构化的病史记录、查体记录等，就植根于

那一时期（Tait，1979；Roter，2000）。主诉、现病史、既往病史、治疗史和过敏史、家族史、个人及社会史，以及有关功能的询问等提供了一套标准的临床记录方法，并形成了病史采集的一套系列方法（参见第1章，表1-2）。

这一方法仍然主导着当今的医疗实践，并且通过与强有力的检查方法相结合而日益稳固，从而更进一步增强了我们从潜在的生理病理学角度来解释患者问题的能力。影像学、微生物学、生物化学和血液病学都是必备的基础——它们已经将我们对疾病过程的理解提升到细胞水平甚至更高。

3.4.1.2 长处

传统临床方法最大的长处是用科学的方法对待患者。毫无疑问，对疾病潜在原因进行分类方法的发展，为后来的医学科学的发展铺平了道路。它第一次真正使精确的临床诊断成为可能，并且使病理学家为临床医生的诊断技能提供反馈。它提供了一种共同的语言来统一“医学方法”。

传统临床方法也给医生提供了一种采集并记录病史的明确方法，还提供了一种精心建构的模板，可以得出诊断或者排除生理疾病。它将一个非常复杂的过程简单化并统一起来，避免遗漏关键点，并能够将从患者那里得到的资料表现为一个标准化的相似的形式。

3.4.1.3 弱点

传统临床方法的长处也是其弱点所在。由于以潜在病理来诊断需要医疗具有客观性，因此传统方法越来越专注于人体机能失常的个体部位，而且这一关注过程甚至细化到细胞乃至现在的分子水平上。但是这种非常超然的客观性很容易忽视患者是一个整体。正如Cassell（1985）所言：“患者个体的担忧被弃置一旁，而只关心器官的功能。”

科学的方法并不是去理解疾病对于患者的意义，也没有把疾病放入患者的生活和家庭的背景当中。一些主观的事情，如信仰、焦虑和烦恼等，并不是传统医学模式所要解决的目标。科学所处理的目标是那些可以测量的客观事物，而患者的感受、思想和担忧等无法量化的主观内容并不在其考虑范畴。

医学生们在这种高度客观的或者说是技术化的传统教育氛围中接受教育。他们受到的教育是如何去专注于潜在的疾病机制，而不是去理解患病的个人，因此，将患者的感知和感情完全抛开。未经指导又重视不足地劫掠患者的思想和感情这一未知领域，仅仅是为了加固客观性的需要。

传统的病史采集方法还存在着更深层次的问题。如第1章所述，学生们常常会错误地认为，他们在病历记录中显示的临床征象和记录信息的格式正是他们应该获取的信息所在。他们错将传统病史的内容当作医学访谈的过程。医生

所接受到的教育方式是：如果需要给症状做出诊断假设，只要我们就特定器官系统的功能提问 15 个问题，我们就可以收集到所需的全部信息。然而，我们随后就会发现，这种封闭性的提问方法催生了一种无效的甚至是不准确的病史采集方法（Evan，1991）。事实上，这种不成熟的追求科学现实的方法阻止了我们去倾听，从而阻止了我们采集准确的病史并提取患者的问题和担忧的真正线索。以疾病为中心的医学却很快变成了以医生为中心的医学，这使我们所有人都受到了伤害。

3.4.2 疾病—患病模式

西安大略大学的 McWhinney（1989）和他的同事们提出了一种“转型的临床方法”来替代病史采集的传统内容。这一方法要求医生在理解患者疾病的同时也要理解患者，因此也被称为“以患者为中心的临床访谈”，以区别于“以医生为中心”的方法，因为后者仅仅从疾病和病理的传统角度来解释患者的病情（Stewart 等，1995，2003；Stewart，2001）。“以患者为中心”的说法可能会被误解为客户至上的消费主义，但很显然这并非作者的本意。

以患者为中心的医疗鼓励医生们在每一次访谈中都同时兼顾医生的议程和患者的议程（Mischler，1984；Campion 等，1992；Epstein，2000）。疾病—患病模式（如图 3-1）试图提供一种在日常临床工作中应用这些理念的实际方法。

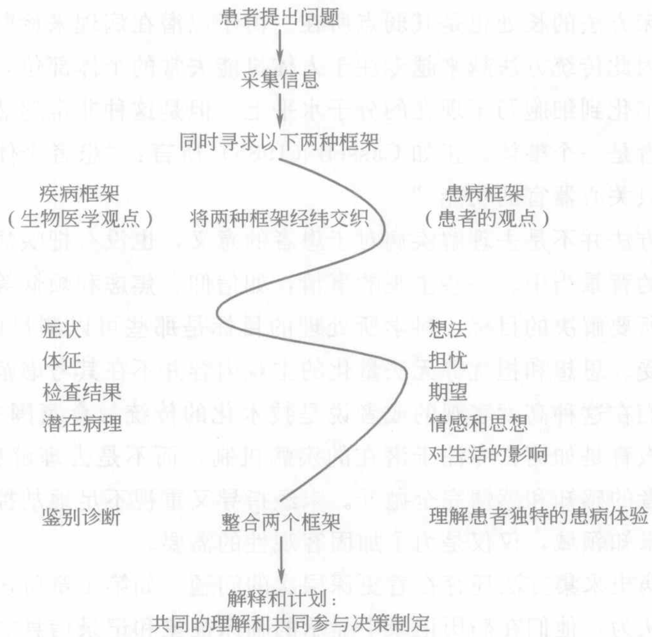


图 3-1 疾病—患病模式（Levenstein 等，1989；Stewart 等，2003）

3.4.2.1 “疾病”和“患病”的定义

对信息采集的这种分析特色在于，它明确告诉我们需要同时探索“疾病”和“患病”两方面以完成我们作为医学实践者的独特角色要求。“**疾病**”是用病理生理学术语解释“患病”的生物医学原因。显然医生的职责是寻找潜在疾病的症状和体征。对患者的疾病做出诊断是医生传统且核心的议程。相反，“**患病**”则是个体的患者独特的病痛体验——每个患者如何感知、体会和应付他们的患病。患者的看法并不像医生的看法那么窄，而是包括他们自身的感受、想法、担忧以及患病所产生的各种情况对生活的影响。它代表着患者对其周围事件的反应，代表着患者对自身遭遇的理解，以及他们对帮助的期望。

患者可能“病”了但却没有“疾病”。我们经常无法为症状找到潜在的病理疾病根源。例如患者对痛失亲人的反应以及忧伤产生的各种症状，或者商人的紧张性头痛，或者幼儿因为学习的问题而导致的腹痛。另一方面，患者可能已经有了某种疾病但并不知道自己“患病”——例如一些无症状的疾病，如卵巢癌或高血压等。

疾病和患病一般同时存在，但医学的不可思议在于，同样的疾病能导致个体迥然不同的患病体验。试想一下你在各种情况下遇到的所有患者，他们对相似的症状或同样诊断的反应会大相径庭。他们的思想、感情、担忧、期待、支持系统以及既往生活经历等，不仅影响其处理事物的能力，也影响到疾病本身对身体的影响。一个咽痛患者可能乐观地等待其自愈而不去看医生，但另一个咽痛患者却想用抗生素，因为他还记得他患扁桃体脓肿时有多么可怕。一个患乳腺癌的妇女可能会因一个小小的包块就来就诊，而另一个人却可能偶然间才发现一个暗藏的蘑菇状团块。

3.4.2.2 为什么医生必须探讨两方面的看法?

医生们总是会尝试分离这两种关于疾病的相对立的观点。但在过去，医生们倾向于将患者的患病框架作为一堆只会干扰发现潜在疾病的、令人困惑的变量而弃之不用。比如说，判断一个患者的腹痛到底是不是阑尾炎？此时患者的恐惧、焦虑和疼痛阈都会影响我们的发现能力，我们将其考虑为患者独特的反应以免其影响我们的技术性判断。最经常的结果是，我们只关心患者的身体，而将所获得的对患者的理解弃置不顾，因此并没有把患者作为一个人来考虑。

Mischler（1984）曾解释过医生如何选择性地听取患者意见中有助于他们从技术方面解释患者问题的内容而不顾一切地做出诊断。他们既不倾听也不探寻那些能使其洞察患者世界的意见。Mischler 将这种现象描述为“两段同时进行的独白”，患者和医生带着反向目的用不同的语言来交谈。

医师们将他们从患病框架中获得的信息弃置不顾，而康复师、另类医学的实践者和没有受过西方以疾病为中心的医学传统培训的咨询师们，却不太重视疾病框架，而取而代之更专注于“患病”信息。(Kleinman 等，1978)

事实上，医生们有一种**独特的责任**要兼顾双方——既要倾听疾病框架的信息，也要兼顾患病框架，对哪一方都不能弃置不顾（Smith 和 Hopee，1991）。疾病—患病模式在各个方面都不否定科学的疾病诊疗方法，而只不过同时增加了以患者为中心的方式。我们不是咨询师，因为咨询师的唯一目标就是帮助患者认识到他们的思维和情感如何影响了他们的生活和病患——我们有着额外的责任以及诊断和治疗疾病的重担。但如果我们把自己的作用看成是纯粹发现疾病，那么我们就不能全面帮助患者非常个体化的需求。

我们需要兼顾传统的疾病议程和患者非常个人化的患病议程。当患者出现关节痛时，对于诊断和治疗患者的潜在疾病，医生可能很明确自身的角色。但是患者主要的担忧却可能是将来可能丧失自理能力——他们的议程可能更多关注于预后而不是诊断。这两方面内容是重叠的，但如果不在诊断疾病的过程中解释说明患者的意见和担忧，那么医生就不能全面服务于作为个体的患者。以患者为中心的方法拓宽了医生的工作议程，使他们同时考虑疾病和患病。有趣的是，O’Keefe 等（2003 年）对医学生们在儿科实习的研究中发现，在母亲对医学生的访谈评估中，临床工作能力是比以患者为中心更为重要的决定因素。然而与患儿母亲满意度最相关的是将患者为中心的方法和临床能力高水平地结合起来。

以疾病—患病模式从两方面来采集病史有很多优势。

1. 支持、理解并建立关系。对于一个 55 岁的男性胸痛患者，如果仅从传统的以疾病为中心的模式来采集病史，你就很容易做出心绞痛的诊断，并计划进行检查和治疗。虽然这是绝对必要的任务，但如果没有理解胸痛对于患者的意义，不理解诊断可能对他造成的影响，你作为医生的效力就会受到限制。提到心绞痛患者可能会心慌意乱，因为他的父亲就是在这个年龄死于突发心脏病。或者患者现在的自我感觉很好，积极向上，但是心脏病会妨碍他已经计划好的积极未来，使他难以承受。或许他是一个商业旅行者，他的谋生之道取决于他的驾驶能力。他的妻子可能还在患病，而他不想让他的问题增加妻子的负担。因此你帮助患者的能力，不仅在于有效诊断的能力，而且也在于理解患者的看法，给逆境中的患者以支持。

2. 传统的疾病模式并没有解释患者所有的问题。也可能按照传统的医学模式，并没有一个所谓的“疾病”来解释一个 55 岁男性的胸痛以及他的患病感觉。胸痛可能源于个人的不幸福、家庭或工作的压力，或者对健康的焦虑。

虽然我们的责任很显然是排除器质性疾病，但是无论如何竭尽全力，我们也不会在所有患者中都发现一种疾病。即使会发现疾病，也可能无法解释为什么患者这一次来看医生——当患者对生活感到满意时，肌肉疼痛可能很好耐受，而当他处于压力之下，肌肉疼痛就会引起担忧。

我们需要拓宽会谈的内容，不仅要包括疾病框架，也要包括患病的框架。如果仅从疾病的角度出发，这个 55 岁的男性胸痛患者可能听起来并非缺血性心脏病，心电图也正常。但如果他不断地以无法解释的胸痛来复诊，那么我们可能被迫进行进一步检查。但如果同时从患病的角度探讨，可能会让他说出婚姻中的困难或者他无法排解的忧伤，而这一方法本身就可能解决他的症状（Epstein 等，1999）。同时探索两个框架，可以使接诊咨询更准确、更有效，同时对患者更有帮助。在 Stewart 等（1997）对家庭医生的研究中，如果以患者为中心，重视患者的感受同时兼顾两个框架以寻求共同基础的工作方式，能使随后的复诊减少，使检查和转诊也减少。

很多研究证据都支持在不存在器质性病变的情况下也可以解释许多患者的问题。在全科医生接诊的胸痛患者中，有 50%经随诊 6 个月后原因仍然没有被证实（Blacklock，1977）。在乏力、腹痛和头痛患者中也有同样的数据。但是认为这种现象只限于家庭医疗的看法是错误的。耳鼻喉科中的癔球症、消化科的肠易激综合征或者心内科的非器质性胸痛等，难道不是同样的吗？所有专家都清楚，患者的症状并不一定必须是由疾病引起的。

3. 发现患者的看法可以帮助诊断并使医学访谈更有效果和效率。询问患者的想法可以帮助诊断。如果发现疼痛始于一次跌倒之后，这可能就是一条以前从未发现的导致问题的重要线索。如果发现患者的议程只不过是要获得关于他们患病的证明而其实他们的背痛正在好转，那么就可以节省时间和金钱，避免不必要的以疾病为中心的询问，或者患者并不要求的处方。

4. 解释和计划的基础工作。在第 6 章探讨解释和计划时，我们会看到，研究已经证明，在接诊咨询的这一后续阶段，引出并理解患者关于自己患病的独特看法，具有核心重要性。我们应该清楚，如果没有对患者的个人意见、期望和担忧的解释，那么患者的回忆、理解力、满意度和依从性都很可能变差。

Tuckett 等（1985）发现，如果患者和医生的解释框架不一致，接诊咨询就会出现问题。55 岁的男性胸痛患者可能会认为他患了肺癌，因为他的朋友最近死于该病。医生可能会乐观地认为疼痛来自骨骼肌肉系统，没有什么严重后果。但是除非医生发现了患者的想法，并且向患者解释为什么疼痛并非由于肺癌，否则患者离开诊疗室时还会很困扰地怀疑医生根本没有考虑

肺癌的可能性。这种怀疑会阻碍患者的理解力，不能认同医生的解释，也不接受医生的诊断。同样的，一个患有膝关节炎的老年女性可能并不希望对她容易忍受的疼痛进行任何积极的治疗。她可能担心会像她的妈妈一样患有类风湿性关节炎，因此只是想确认一下她并未患此病。如果不了解她的期望，医生可能只是简单地用“关节炎”一词而不解释骨关节炎和类风湿关节炎的差别。医生可能会开一种患者并不想服用的抗炎药处方。治疗疾病显然比治疗患者来得容易。

所以，将疾病和患病两个范畴区分开后，医生还要再把两者结合起来。这就是疾病—患病模式的“整合”阶段。没有这一步骤，则不可能与患者就问题的性质和解决办法达成共同的理解，也很难使患者参与到共同制定决策当中。

把协商建立在对彼此立场的开放式理解的基础上，达到双方共同理解的境界是最终目标。然而，在本章后面以及第 6 章中我们会看到，理解患者的看法并不意味着放弃我们做医生的责任，也不意味着鼓励一种完全的顾客至上的消费主义方式。比如病毒性咽喉痛的患者来就医而医生认为并不需要抗生素，因此首先发现患者的期望而不是假定所有患者都想要抗生素的做法就很有帮助。然后，基于对患者立场的真正理解就可以与患者协商治疗计划。矛盾和不满可以被预先防范并缓和。如果有时患者倾向于尽量不用抗生素，那么协商从一开始就会令人满意。但如果他们要用抗生素，那么探明他们的期望并且结合他们的观点解释你的立场就格外重要。只有这样，患者才会理解你的道理并觉得他们的立场至少已经被考虑了。

3.4.3 访谈中信息采集内容的另一种模板

疾病—患病模式提供了一个基础，在此之上，我们开发了信息采集内容的另一种模板（图 3-2），不仅保留了传统医学病史中所包含的所有元素，而且还增加了包括患者观点的“新”内容（Kurtz 等，2003）。如第 1 章所述，这一模板形成了医生未来在病历中记录信息以及向他人呈现其发现的中心骨架。

这一模板明确显示，在临床实践中传统医学病史中互不相关的因素与疾病—患病模式中的要素如何能天衣无缝地紧密结合。

重要的是这一模板给执业医生、临床学系的病房带教老师和病史采集授课教师，以及那些教授沟通课程的教师带来直觉感。所有这些人都需要以极大的热情来接受这一模板，从而使学生无论是在正式的沟通课程中还是在病房或门诊中，都能接收到一致的关于医学访谈内容的信息。我们在此提供的这一模板能够与现实生活中的临床实践完美地结合。临床医生们很容易明白新的内容和

需要发现的内容	
生物医学角度——疾病 事件的顺序 症状分析 相关系统回顾	患者的看法——患病 想法和观念 担忧 期望 对生活的影响 感受
背景信息——来龙去脉 既往病史 用药及过敏史 家族史 个人及社会史 系统回顾	

图 3-2 信息采集内容的另类模板

传统内容如何相互结合，以及这一内容模式如何与我们马上要讨论的信息采集的过程技巧相关。

3.4.3.1 生物医学的观点

医生需要发现的关于“疾病”方面的信息与传统病史要采集的信息完全一致。我们把这些信息分为三个同等重要的部分。

(1) **事件的顺序**。在深入分析症状之前，医生发现与患者提出的问题相关的事件的确切顺序非常有用。在本章的下一节中，我们要讨论如何以最有效的方式达到这一效果的过程技巧。

(2) **症状分析**。医生还需要深入地分析每一个症状。我们要在此强调全面分析每一个症状的重要性。这也是传统的病史采集方法学始终强调的。以下是两个用于辅助记忆的例子，它们列出调查一个症状所要求的内容，因此有助于我们工作时的系统化。

WWQQAA 加 B

- 何处（where）——症状的部位和放射部位。
- 何时（when）——开始的时间、随时间的变化、持续的时间。
- 性质特点（quality）——怎样的感觉。
- 量化特点（quantity）——强烈程度、范围、丧失能力的程度。
- 加重和缓解因素（aggravating and alleviating factors）。
- 相关表现（associated manifestation）——其他症状。
- 观念（belief）：患者对症状的看法。

Macleod 临床检查法（Munro 和 Campbell，2000）

- 部位
- 放射部位
- 特点
- 严重程度
- 持续时间
- 频率和周期性
- 发生的特定时间
- 加重因素
- 缓解因素
- 伴随症状

(3) **相关系统回顾**。是各系统回顾的组成部分中一个更为核心的因素，与正在讨论的病史特定部分相关。如果患者解释说他们要探查的是腹痛，那么在确定了事情发生的先后顺序并分析了这一症状后，从生物医学的观点来看，最合适进行的下一步骤是做消化系统的全面回顾。

重要的是，要把这一部分的系统回顾放在前面，而不要把它作为全面系统回顾的一部分而留到会谈接近结束的时候。这么做更适合临床推理过程——在现实生活中，临床医生早在问诊时就开始着手解决问题，因此需要尽可能快地比照相关系统的信息。

3.4.3.2 患者的看法

医生也需要获得信息并理解患者对患病的看法，这是病史中的“新”内容。

- 想法和观念——患者对患病的原因、患病的影响，以及关于健康和哪些影响或有助于健康的一些信念和想法。
- 担忧——对症状意味着什么感到担心。
- 期望——患者希望医生怎样来帮助他，患者本次就医想要的结果。
- 对生活的影响——患病对其日常起居的影响。
- 感受——患者的问题所导致的情绪。

3.4.3.3 背景资料：上下文（来龙去脉）

医生当然也需要发现患者的背景信息，这些信息在传统病史采集中总是被详细地描述过。这些信息非常重要，可以使我们深刻了解现有问题或者症状发生的上下文情境。这种信息对全面知晓性解读当前事件十分必要。其所要求的

详细程度取决于是否有一个完整的或者重点突出的病史采集。背景信息包括：

- 既往病史；
- 家族史；
- 个人史和社会史；
- 用药史和过敏史；
- 系统回顾。

与构成背景信息中个体因素的每一项具体问题相关的进一步信息在许多医学教科书中都有描述（Seymour 和 Siklos，1994；Munro 和 Campbell，2000；Seidel，2003）。

3.5 信息采集的过程技巧

现在我们要把注意力转向信息采集的沟通过程技巧。我们如何从患者那里采集到上文讨论过的所有信息呢？沟通过程技巧对采集的内容有什么影响？我们可以采用哪些沟通技巧使医学访谈的这一阶段最为有效？

表 3-1 描述了有效的信息采集所需要的沟通过程技巧。要强调的是，只要使用恰当，这些技巧可以同样适用于完整病史采集或者重点病史采集，并适用于所有场合，无论是在医院、在诊所、在病房还是家庭医疗。

表 3-1 采集信息

探讨患者的问题

- 患者的叙述：鼓励患者用自己的话讲述他们问题的故事，从最初的发生直到现在（弄清楚他此次就诊的理由）
- 提问技术：使用开放式和封闭式提问的技术，恰当地从开放式问题转向封闭式问题
- 倾听：认真倾听，允许患者完成陈述而不被打断；给患者在回答问题前留出思考空间，或者暂停后再继续
- 辅助性回应：用语言或非语言行为辅助患者的回答，如鼓励，沉默，重复，概述，解释等
- 线索：接收患者的语言和非语言线索（肢体语言，声音暗示，面部表情）；验证这些暗示并且在恰当的时候表示认可
- 澄清：核对一些意思模糊的或者需要补充详细的陈述（例如：您能解释一下您说的头晕是什么意思吗？）

续表

• 界定时间：确定事件发生的日期和顺序 • 潜在总结：周期性地总结以确认我们对患者陈述的理解；请患者更正我们的解释并提供进一步的信息 • 语言：使用简明、易懂的问题和评论，避免使用术语，或者对术语有充分解释 理解患者观点的附加技巧 • 积极地决定和适当地探究： ——患者的想法（比如关于原因的观念） ——患者对每个问题的担忧（如焦虑） ——患者的期望（如目标，患者希望对问题有什么帮助）。 ——每个问题对患者的生活所产生的影响 • 鼓励患者表达感受

下面我们要详细考察表 3-1 所列的关于采集信息的每一个过程技巧，探讨证明其在医学接诊咨询中的效用的理论和研究证据。我们将分别讨论每一个技巧，然后再把它们汇集起来，成为医生们在日常实际工作中可以使用的一种实践方法。

3. 5. 1　探讨患者的问题

在第 2 章中，我们分析了访谈的开始，认识到谨慎的开始和制定接诊咨询常规计划的益处，不要盲目地只沿着第一个显现的路走下去。现在，我们要转向深入探寻患者问题的相关技巧。

我们首先从探讨信息采集时提问技巧的重要性开始。读者们也许会注意到，我们在表 3-1 中推荐，引导患者按事情发生的时间顺序来叙述，是会谈开始后要考虑的第一个方法。从患者的叙述发现问题的技巧，是对开放式提问技术的独特应用，并且在我们更深入地讨论完如何提问后再考虑这一点会更容易些。

3. 5. 1. 1　提问技术

我们很容易认为，在接诊咨询的这一环节中，医生对事件的影响很有限。不管医生怎样说和怎样做，患者都会讲出他们准备好的故事。然而，医生的行为和话语却会极大地影响着患者的回答以及患者所作出的反应的类型。我们如何提问，对于我们获得信息的质量和数量，至关重要。

我们应该记住，医生对访谈有非常大的控制力。我们将患者引向一个进一步探讨的领域，而根据提问和回应的特点，医生们对患者的自由发挥，施加了特定的限制。但医生自己往往并未意识到这一点。那么怎样做才能使这一过程的意图更为明确，从而使我们能够熟练地根据需要，选择使用不同的提问方法？让我们从一些定义开始。

(1) 什么是开放式问题和封闭式问题?

封闭式（会聚性）问题是那些特定的，并且经常用一个词来回答的问题，比如预期回答“是”或“不是”。这种问题的答案被提问者限定在很窄的范围。患者通常用一两个字来回答，不需要发挥。

开放式（发散性）提问技术则相反，是导出一个探寻的范围，而不过分限制或聚焦回答的内容。提问也会引导患者到一个特定的范围，但是允许患者的回答更为随意，并且提示患者，自由发挥既合适又受欢迎。

这里有一些简单的例子可以说明提问的风格：

- 开放式的——**“跟我谈谈你的头痛吧。”**
- 比较特异但仍属开放式——**“哪些情况会使你的头痛加重或减轻?”**
- 封闭式的——**“早晨醒来时会有头痛吗?”**

我们要强调封闭式问题和开放式问题都有意义。我们所要努力说明的是，医生们太过经常地倾向于使用封闭式问题，经常在错误的时间使用，并且经常舍弃开放式问题，但这并不是说医生们完全不应该用封闭式问题。两种提问都很重要，但是得到的结果却大不相同。因此在访谈中，需要仔细选择在不同时间用不同的提问。

因为提问并非收集资料的唯一方式，所以在此“提问”一词有点用词不当。更准确的说法应当是更广义的开放式和封闭式“提问技术”一词。许多开放式提问技术实际上不是提问，而是一些引导性的陈述：

> “从最初开始，告诉我发生了什么事。”
> “请再多谈谈那个……”
> “告诉我昨天手术之后您感觉怎么样?”

相对应的问题：

> “从您第一次感到疼痛开始直到现在，有什么变化吗?”
> “为什么您的医生同意您今天住院呢?”
> “手术后感觉怎么样?”
> “您自己有什么想法?”

（2）我们应该何时用开放式方法，何时用封闭式方法：从开放到封闭的圆锥

理解如何在会谈的不同时间点有意识地选择开放和封闭的提问风格至关重要。从开放式问题开始，然后再逐渐过渡到封闭式问题，被称为**从开放到封闭的圆锥**（open-to-closed cone）（Goldberg 等，1983）。医生首先采用开放式提问技巧，获得从患者角度所看到的问题的总体概貌。然后，虽然还采用开放式问题，但应逐渐锁定特定的问题。最终用封闭式问题，来引出患者可能会忽略的其他细节。开放式提问技巧的运用，在探寻任何问题的开始时都非常关键——作为一种信息采集的工具，它们的力量无论怎样强调也不过分。而最常见的错误往往是过快转入封闭式提问。

（3）开放式提问技巧有哪些优势？

为什么在转向封闭式提问之前保持开放会使信息采集效果最大化？不妨来看一下，如果我们针对同样场景采用两种不同的方式，会发生什么情况。

基于封闭式方法的接诊过程可能是这样的：

> 医生："现在来谈一下您的胸痛——疼痛的位置在哪里？"
> 患者："呃，在前面这里"（用手指胸骨部位）。
> 医生："是什么样的疼痛——是钝痛还是锐痛？"
> 患者："相当锐利的疼痛。"
> 医生："您采取了什么应对措施了吗？"
> 患者："用了些抗酸剂，但好像不太管用。"
> 医生："疼痛还连带别的地方吗？"
> 患者："没有，就是这里痛。"

在最初采用比较开放性的提问方式可能会揭露出完全不同的信息：

> 医生："和我谈谈您最近以来的胸痛吧。"
> 患者："胸痛是最近几周才变强的。我总是有点消化不良，但都没有像这次这么重。我感到这里很尖锐的痛（指向胸骨部位），还老是打嗝，嘴里有非常讨厌的酸味。如果我喝上一两杯酒的话就更糟糕了，连觉都睡不好。"
> 医生："我知道了。能再多谈谈这个问题吗？"
> 患者："我怀疑这是不是因为我吃了治关节病的药物而引起的——关节病加重了，我就吃了布洛芬。我必须能走路，需要照顾约翰和所有的事。"

为什么用开放式提问法获得的信息有如此大的差异？

开放式提问法的优势在于：

- 鼓励患者更完整地讲述他们的故事；
- 避免封闭式提问“黑暗中摸索”的方法；
- 让医生有足够的时间和空间来倾听和思考，而不只是问下一个问题；
- 促进有效的诊断推理；
- 有助于在疾病和患病两种框架中探讨；
- 建立一种患者参与而不是以医生主导的模式。

① 鼓励患者更完整地讲述他们的故事。封闭式问题使医生更多地控制患者的反应，但限制了能获得的可能信息。相反开放式问题却鼓励患者以包罗一切的方式回答问题，因此能提供很多要寻求的信息。通过开放式提问，可以更快、更有效地获得与问题有关的信息。在上述例子中，关于胸痛的更有用的信息是通过两个开放式问题而不是四个封闭式问题获得的。

② 避免封闭式提问“黑暗中摸索”的方法。在封闭性方式中，所有的责任都在提问者。他或她必须考虑哪一方面可能值得探寻，然后再框定恰当的问题。很明显，这样获得的信息只与医生自己认为可能相关的特定方面有关，而医生很可能会忘记询问重要的关键方面。每一个问题都像黑暗中的一个陷阱，因此可能是个没有效率的过程。在开放式方法中，患者可能会提到医生并未考虑到的内容（在上面封闭式提问的例子中，医生可能想不到问关于酒精的问题，所以可能丢掉这一重要线索）。这并不是要全盘否定封闭式提问在访谈过程后期的价值。封闭式问题对于澄清关键点，以及筛查未被涉及的领域都十分必要，但只有在最初引出对问题的更宽泛的看法之后，才能更有效地实现目标。

③ 让医生有足够的时间和空间来倾听和思考，而不只是问下一个问题。在封闭式方法中，医生必须一个问题接一个问题的提问。医生不是倾听和思考患者的回答，而是忙于形成下一个问题，以使会谈继续下去，这反过来阻止了他或她听取重要的信息。开放式方法让医生有时间更仔细地思考患者的回答，并从中寻找有用的线索。

④ 促进有效的诊断推理。除非医生在信息采集的开始使用开放式提问技术，否则就很容易将诊断推理局限在一个过于狭窄的查询范围。我们知道，医生在接诊咨询中很早就开始了解决问题的过程。他们非常迅速地试图将患者展示的最初信息与他们对个体疾病的基础知识相匹配，并且与之前发展的解决问题的框架相匹配，以便帮助解决问题。因此他们会将进一步的提问引向证明或者推翻最初的想法（Kassirer 和 Gorry，1978；Barrows 和 Tamblyn，1980；Gick，1986；Mandin 等，1997）。开放式方法使医生有更多的时间来产生他们解决问题的方案，也给他们提供更多信息以构成其理论和假设的基础。相反封

闭式方法却很快导向对特定路径的探索，这很可能被证明是不恰当的，并且会不可挽回地引向一条死路。医生可能不得不重新开始，产生不同的解决问题的策略——继而产生没有效率和不准确的信息采集。在上述例子中，用开放式问题倾听患者故事，能使医生避免过早探询缺血性心脏病的陷阱，而且能使患者表达更多的症状和担忧，有助于形成更为准确的工作假设。

⑤ 有助于在疾病和患病两种框架中探寻。封闭式问题就像上面所解释的，对于探讨问题的疾病方面，不是一种有效的开始方法。它们甚至也无助于发现患病框架。因为封闭式提问本身的性质是遵从医生的议程，趋于专注于问题的临床方面，忽视患者的看法。开放式提问则相反，它们鼓励患者从他们独自的角度出发谈论他们的疾病，以他们自己的方式用自己的词汇讲述他们的故事。患者可以从他们自己的角度选择什么是重要的，而医生可以更好地理解患者对患病的个人体验。

⑥ 建立一种患者参与而不是以医生主导的模式。如第 2 章所讨论的那样，如果医生打断患者的话，在所有被打断的患者讲述中，94％的情况是医生获得了发言权（Beckman 和 Frankel，1984）。过早地用封闭式提问追寻一个问题，会将整个重点从患者为中心的模式转向以医生为中心的模式，一旦如此，患者会倾向于保持更被动的角色。一旦开始采用封闭式提问，患者可能不再主动提供未经明确询问的问题——绝大多数患者会遵从医生的引导。开放式问题却允许患者更为主动的参与，提示患者的自由发挥很合适，也使医生愿意倾听的愿望更昭然。

(4) 为什么从开放式提问转为封闭式提问十分重要?

在访谈过推进过程中，对于医生来讲很重要的是逐步集中焦点。他或她需要逐渐增加使用特定的开放式问题，并最终转向封闭式问题，来探究细节。如果一些内容没有在患者的叙述中出现，医生就需要运用封闭式问题来调查这些特定内容，更详细地分析症状，询问功能方面的内容。即便是这样，仍然可以以开放性方式开始。(例如，可以这样问：**“能讲讲关于皮肤的问题吗……”**)

在第 4 章，我们要探讨如何使用明确的和解释性的过渡性陈述句，从开放式问题转向封闭式问题。我们应该明白，总结和标示语如何有助于克服开放式提问导致的失控的局面，以及潜在的较为混乱的信息采集。在第 5 章中，我们也会看到，非语言性沟通对于提问成功的重要性。我们还会看到，即使是封闭式问题，如果用一种辅助性的方式提问，也能鼓励患者倾诉更多他们的故事——良好的非语言性沟通可以变封闭式问题为开放式问题。

(5) 证明开放式和封闭式提问技巧价值的证据有哪些?

Roter 和 Hall（1987）调查了在模拟患者就诊过程中，初级保健医生的访

谈风格和他们在问诊中所获得的医学信息的相关性。结果发现，医生们平均只引出了50%在专家们看来是重要的医学信息，而令人担忧的是其整体范围竟然是从9%到85%不等。他们发现，引出的信息量与是否适当的应用开放式和封闭式问题有关。而开放式问题比封闭式问题能促使医生获得更多的相关信息。

Stile等人（1979）的研究表明，在医院非预约门诊就诊的患者，如果被允许用自己的语言自由表达，而不是只针对封闭式问题回答“是”或“不是”的话，那么他们对问诊中信息采集阶段会有较高的满意度。

Goldberg（1983年）调查了美国的全科住院医师观察患者的情绪和精神问题的能力。他们研究了医生访谈风格中究竟哪些方面决定其诊断出精神疾患的能力。结果发现，和医生们评估的准确性有关的两种技巧是，从开放式到封闭式问题的循序过程和开放式引导，而不是封闭式问题。

Maguire（1996b）的研究表明，如果医生使用开放式而非领导性提问的话，癌症患者会展露更多他们重要的担忧。

对于开放式提问和封闭式提问相对价值的更进一步的证据，来自Cox及其同事（Cox 1981a，1981b；Rutter和Cox，1981；Cox，1989）更为细致的研究。他们研究了一个儿童心理门诊与患儿家长的会谈。在研究的第一阶段，他们观察了精神科实习医生的访谈过程，以确定特别的访谈行为对真实信息的收集和情感和感受表达的效果。他们的研究表明：

- 开放式与封闭式问题应用的比例，与患儿家长的健谈与否和贡献明显相关。家长越健谈，就越可能会自发地给出症结所在。
- 访谈者的话语量，提出话题的数量和发言权的次数，与患儿家长的话语量和说话时间呈负相关。
- 开放式提问、家长说话时间长、访谈者话语少且积极的鼓励等，都对情感的表达和敏感信息的收集有帮助。

在研究的第二阶段，有经验的精神科医生受到训练，运用不同的访谈方式来演示，从第一阶段中获得的发现可以被实验性地复制。他们能复制以上发现，同时也显示出：

- 如果母亲们被鼓励自由地表达其担忧，不用封闭式问题，他们也能提到绝大多数关键的问题，尽管并未包括所有的在内。没有提到的项目中多数被证实是正常现象或者并没有显著意义。在较少追问的方式下，患者会提出更多访谈者此前没有考虑到的症状或问题。而在比较寻根问底的方式下，访谈者认为是相关的症状则不易被漏掉。

他们的结论是，希望用一种在一定的时间内不进行细节性追问的方式开始

临床诊断性问诊，期间允许信息提供者用他们自己的方式表达他们的担忧。

Cox和他的同事们的研究，还显示了封闭式提问的价值：

- 由访谈者直接提出的话题的数量，与被发现而未被提及的症状数量非常相关，而这些可能是非常重要的信息。

- 如果接诊者就更多细节信息进行特定性的提问并就每个话题特别深入时，可以获得更多的信息。

他们的结论是：如果精神科医生想获得关于患儿家庭问题和患儿症状的充分的细节，从而在此基础上形成适当的治疗计划，就必须进行系统的和细节性追问和提问。

3.5.1.2 引出患者的叙述

倾听，无论是在信息搜集阶段还是接诊咨询开始阶段，都同样重要。但是在开始倾听之前，如何能够将患者引导至正确的方向？如何要求患者就每一个问题给您更进一步的信息？

通过以上讨论得知，在探讨问题的开始阶段，使用开放式提问而不是封闭式提问技巧，显然好处颇多。

> "谈谈您的头痛吧"

这样的提问远远优于下面的问法：

> "您提到头痛？具体是哪个部位痛？"

用开放式方式搜集信息时，一个特别有效的方法是"患者的叙述"，即鼓励患者在一开始就用自己的语言讲述自己的问题。

> "从头和我讲讲所有的事吧。"

这是一个了解患者的患病经历的自然方式，并按有序的方式收集到全部您所需要的信息。这种方式让患者按照时间顺序对您讲述，很像是患者在和一个朋友讲述患病过程——患者通常在来就诊之前，就已经和几个人讨论过他们的病情（Stimson和Webb，1975）。从医学的角度看，这可以让医生在问诊之初就能很清楚地把握事情发生的顺序。这是生物医学（病史）观点的重要成分，能提高准确性。请患者按时间顺序讲述病史，还可以提供组织性框架，有利于进行临床推理，也使患者和医生更容易将病史中的细节牢记于心。相反，应用封闭式提问来引出事件的时间顺序，想想会有多困难。这可以解释，为什么病史中有价值的部分有时常会被忽略。

这种方法在给患者一个简单地按时间顺序讲述病史方法的同时，还体现了开放式提问的所有优点，它能非常好地理解患者的看法，有助于避免 Mischler 所说的“**两种平行的独白**”，也就是医生和患者用不同的语言来以不同的目的谈话（Mischler，1984）。医生的角色是仔细倾听，必要时可以引导患者讲述，比如可能需要简要地明确主要问题，但应迅速回到“**然后怎样了?**”。这种患者叙述机制允许医生适当打断而不必和患者抢发言权——他或她可以通过要求患者继续讲自己的故事而将控制权转给患者。然而，这种中断应尽量少，因为一旦医生打断患者，就很容易继续用封闭式问题控制患者，并会忘记让患者继续自己的讲述。

开放式提问和患者的叙述是同时进入生物医学观点和患者观点的理想方式，并可以获得关于这两者的高质量的信息。

3.5.1.3 专心地倾听

当患者讲述他们的故事时，医生需要专心地倾听，不去打断。我们在第 2 章中已经深入分析了在访谈开始阶段倾听的重要性。我们已经看到，倾听是一个高度技巧性的过程，需要将关注焦点、辅助性技巧、等待时间以及提取线索等结合起来。近来，这种技巧也被称为“留心倾听（mindful listening）”或“深入倾听（deep listening）”。

如果我们再次回顾第 2 章中所列的关于专心倾听的优势，就可以看到，专心倾听与本章前面所述的开放式提问的优势有很多共通之处。之所以相似，是因为专心倾听是运用开放式提问得到的直接结果——而在封闭式提问中，既进行封闭式提问，又同时要专心倾听，几乎是不可能的。

3.5.1.4 辅助性回应

与倾听同样重要的是积极鼓励患者继续他们的讲述。封闭式提问的主导性很强，如果患者不受到鼓励继续讲述，即使用很好的开放式问题来提问，他们也可能只回答一两个词。任何有助于让患者对他们已经谈到的问题再多讲述些内容的做法，都是一种辅助性回应。我们在第 2 章中开始讨论辅助性回应时已经看到，相关研究证据表明，一些特定技巧，如回声和重复等，如果在访谈的开始阶段过早应用，可能会产生反作用。在访谈开始时，我们的目的是对患者的全部议程获得尽可能广泛的观点，然后才是对某些问题进行深入细致的了解。下面我们把注意力转向在信息采集阶段辅助性回应的应用。当我们想鼓励患者对他们的每个问题都进行更深入的讲述时，哪些技巧更有用?

辅助性回应包括语言和非语言的沟通技巧。本章中，我们主要讨论语言沟通，当然也探讨一些非语言沟通技巧。在第 5 章中，我们将更深入地探讨非语

言沟通。

下面一些技巧可以用于辅助患者对某一话题讲述更多的内容，这同时也表示您对他所说的话非常感兴趣，希望他们继续讲述。

- 鼓励
- 沉默
- 重复（回声）
- 复述
- 分享您的想法

(1) 鼓励

伴随着非语言性的点头和面部表情的运用，医生在专心倾听时还可以用大量的口头鼓励暗示患者继续讲述。这样通常十分有效，很少或不需要打断患者，但却使患者有必要的信心继续下去。一些中性的辅助性评论，如“嗯啊……”，“接着讲”，“是啊”、“哦……”；“我明白了”等——我们都有自己特别的喜好。

(2) 沉默的应用

绝大多数言语辅助，如果没有立即伴随以非语言关注式沉默，都不会有效果。在第2章中，我们曾讨论了Rowe（1986）对等待时间的研究，应用沉默或停顿可以很容易并且自然地辅助患者贡献更多叙述。如果患者有表达上的困难，或者如果看起来他们陷入某种情绪时，更长时间的沉默也是恰当的。更长时间停顿的目的是鼓励患者表达出他们头脑里正在发生的思想或感受。沉默是令人舒适还是令人难过，鼓励沟通还是因为造成不确定和焦虑而扰乱沟通，这之间的平衡十分微妙——医生应该谨慎关注并辅以非语言行为。但是要记住，医生比患者更容易感到焦虑——患者通常能比医生更好地忍受沉默。

如果临床医生确实感到沉默在造成焦虑，或者患者最终需要进一步的鼓励来继续讲述，那么就需要特别注意怎样来打破沉默。例如：

“您能告诉我您现在的想法吗？”

这种说法允许患者继续进行思考，并能进一步辅助过程——就像以下将讨论的，重复患者所说的最后的几个字。

(3) 重复或“回声”

重复患者所说的最后几个字会鼓励其继续讲述。医生常常担心这种“回声”的重复显得不太自然，但是却出奇地容易被患者接受。要注意的是，重复是如何能鼓励患者从最后这些词开始继续讲述，因而比鼓励或沉默稍微更有指

导性。这可以解释第 2 章中曾讨论过的 Beckman 和 Frankel 的研究结果（Beckman and Frankel，1984）。在会谈初期医生全面了解患者的忧虑之前，使用回声可能迫使患者走入特定的路径，因而可能会起干扰作用。

再来看一下早先用过的那个例子，我们可以看到，上述技巧可用来从生物医学观点和患者观点两个方面来探寻问题。

医生："和我谈谈您最近以来的胸痛吧。"（开放式问题）

患者："胸痛是最近几周才变强烈的。我总是有点儿消化不良，但都没有像这次这么重。我感到这里很尖锐的痛（指向胸骨部位），还老是打嗝，嘴里有非常讨厌的酸味。如果我喝上一两杯酒的话，就更糟糕了，连觉都睡不好"。

医生："是吗？还有呢？"（鼓励）

患者："我怀疑这是不是因为我吃了治关节病的药物而引起的——关节病加重了，我从药店买了些布洛芬。我必须能够走路，需要照顾约翰和所有的事！"

医生：（沉默——伴随目光交流，微微点头）

患者："医生，约翰情况越来越糟糕。如果他的问题再严重的话，我不知道我怎么来应付。"

医生："您怎么来应付呢？"（重复）

患者："我答应他不让他再住院了，但现在我不知道还能不能做到。"

(4) 复述

复述是用医生自己的语言重述患者信息背后潜藏的内容或者感受。这与核对或总结（见下文）不太一样——复述是要使患者的信息更清晰，而不是简单地确认你的理解，因此复述要比最初的信息更特异。复述可以检查你自己对患者真正意图的解读是否正确。继续看我们的例子：

医生："您在想，如果约翰病情更严重时，您的体力不足以亲自在家照顾他？"（复述内容）

患者："我觉得从体力上讲没有问题，可是，如果他白天黑夜都需要我怎么办？——只有我一个人呀！我不能去找 Mary，因为她有工作。"

医生："这就是说，您担心您无法照顾约翰。"（复述感觉）

复述结合了辅助、总结和澄清等元素。当你认为自己理解但又不太肯定时，或者，你认为某个看似简单的信息背后可能有隐含的感受时，复述就特别有帮助。复述是进入患者立场特别好的辅助性切入点。

(5) **分享你的想法**

告诉患者你为什么会问这些问题，是另一个很好的方式，能鼓励患者的回答更有参与性，也是非常有效的辅助手段。

> “有时候，胸痛可能是由压力而引起的——我怀疑您是不是因为感到压力而出现这种情况呢?”

表面上这是一个封闭式问题，但实际上患者能够理解医生让他回答并发挥的推论过程。如果更直接问**“您现在感觉到压力很大吗?”**，患者很可能只有一个字的回答，没有什么信息。在第5章，我们还要就与患者分享的话题进行进一步讨论。

3.5.1.5 辅助的理论依据是什么?

以上说的辅助性技巧是非指导性咨询的关键技巧。它们被 Roger（1980）和 Egan（1990）以及其他人广泛讨论，并且现在已经被普遍认为是所有沟通的关键因素，旨在鼓励当事人讲出更多自身的问题，而不用过多的专业性引导。

但对于将上述技巧应用于医患沟通，还少有特定的研究，因此很难提供研究数据来支持它们各自的应用。然而，Levinson 等（1997）说明，能应用更多辅助性表达的初级保健医生（如征求患者的意见、核对理解、鼓励患者谈话，复述和解释），较少受到医疗纠纷的投诉。但在同一项的研究中，在外科医生中并没有发现这种相关性。

概而言之，辅助技巧形成了 Henbest 与 Stewart（1990a，1990b）以患者为中心的访谈风格的主要部分，正如我们在下一章讨论的那样，这一技巧已经显现出对很多沟通测评指标的有利影响。在这些研究中，以患者为中心通过结合开放式结尾的问题、辅助性的表达以及针对患者的意见，对患者的期望、想法以及感受的明确请求来评价。

3.5.1.6 提取语言和非语言线索

通过专心倾听、语言和非语言辅助，我们让患者感到舒适和受到欢迎，表明我们对他们所讲述的内容感兴趣，鼓励他们继续讲述并进一步发挥。然而令人惊讶的是，尽管我们在倾听，并给患者造成的印象是我们接收了患者告诉我们的全部事情，但实际上我们可能并没有听见患者在说什么！我们可能已经非常出色地引导出了信息，但并没有记录这些信息。就好像在给患者量血压时，刚刚解开袖带，却发现并没有记住读数，这是很多医生都有过的经历。

听见患者说什么，是信息收集阶段至关重要的一步。这不仅和患者公开告

诉我们的有关，而且还包括他们非直接地、甚至无意间通过语言或非语言性的线索所表达的内容。患者通常非常渴望告诉我们他们的想法和感受，但常常是间接地、通过语言暗示，或非语言性行为的改变（如肢体语言、声音线索，如迟疑或者音量的变化，或面部表情）。提取这些线索无论是从生物医学角度（**“我有点，……这种，……并非真正的疼痛……”**）还是出于患者的观点（**“事情并不容易”或者“我独自……”**）都很必要（Tuckett 等，1985 年；Branch and Malik，1993；Cegala 1997；Suchman 等 1997；Lang 等，2000 年）。Levinson 等（2000 年）对初级保健医生和外科医生的研究发现，50%以上的会谈包含一个或更多的线索，在初级保健中平均为 2.6 个，而在外科平均 1.9 个。

听取线索本身并不够，我们还需要做出回应，将每个线索与患者进行核对，并适时予以认可（Suchman，1997）。Levison 等（2000）发现，患者在会谈中从开始到结束一直在提供线索，但医生们对线索的积极回应，在外科病例中占 38%，初级保健中只占 21%，其余的则完全错过了回应患者线索的机会。对那些被错过的线索，有一半的患者会一而再，再而三地提及同一问题，但所有这些情况下，医生们仍然会错过回应的机会。因此，危险是双重的——或者是完全错过了该信息，或者虽然听见了，但却假定我们理解其意义而不向患者核实。患者提供的线索以及我们针对线索做出的假设，需要在会谈当时或随后进行探索和认证。尽管听取了线索并决定过后做出回应可能也可以但这种做法仍然存在风险。首先，很多情况下，医生会忘掉已经记住的事情。其次，即刻回应和确认患者的线索，等于向患者肯定你很感兴趣，有助于营造一种气氛，以使患者讲述更多的内容。

Levinson 等（2000）的研究还表明，提取线索并做出回应可以缩短就诊时间。在包括至少一个线索的初级保健就诊过程中，如果初级保健医生错过了回应线索的机会，其就诊时间比做出积极回应的要长（平均时间是 20.1 分钟：17.6 分钟）。对外科医生的研究结果很类似（14 分钟比 12.5 分钟）。在交谈中，如果医生错过回应机会而患者反复提及情感方面的内容，其就诊时间要长于医生至少做出一个回应的就诊时间（在初级保健中是 18.4 比 17.6，在外科中为 15.5 分钟比 12.5 分钟）。Levinson 等认为，医患沟通的两个方面，即来自患者的线索和医生的回应，就是“建立互信的医患关系的关键，最终可以极大地改进诊疗的结果”。

在本章后一部分，当我们考察探求患者观点的技术时，还会看到一些提取患者线索并做出回应的方式。

3.5.1.7 理清患者的故事

理清一些模糊的或者需要进一步强化的陈述，是一种重要的信息采集技巧。在对开放式问题进行最初的回应之后，医生们需要促使患者的陈述更准确，更清楚或者完整。患者的陈述常常可能有两方面的意思，重要的是要确认他所指的是哪一个。

理清本身常常是开放式的。

> “您能解释一下头晕是什么意思吗？”

但也可以是封闭式的。

> “您说的头晕是好像房子在旋转的那样吗？”

如果患者在诉说病史时没有说明重要事件发生的时间，就必须询问。如果不能确定事情发生的正确的时间顺序，就需要向患者核对。为了增加准确性，就要学会给你自己的问题框定时间。

比较：

> “您有过抑郁吗？”（无时间限定）
> “您过去曾经有过抑郁吗？”
> “从您有头痛开始，最近两周有过抑郁吗？”

常常是当您想问第三个问题时，却问了第一个。如果患者回答“偶尔”，那么他们到底在回答哪一个问题呢？

3.5.1.8 内在总结

总结是有意采取的步骤，就已经收集的患者信息，做一个明确而详细的话语总结，这是信息采集技巧中最为重要的一个。在会谈过程中周期性地应用，可以帮助医生完成两个重要任务，也就是确保接诊咨询的准确性，并辅助患者做出进一步的回应。

(1) 准确性

说到准确，总结是一种高度有效的方法，可以检验我们是否正确地理解了患者，使患者肯定医生已经理解了他们所言，并纠正误解。这种方法确保医患双方**在共同的基础上获得了相互的理解**。Platt 和 Platt（2003）将这一过程比喻为：两个作者就同一个作品的草稿来来回回反复讨论，直到双方都满意为止。

记住要从疾病和患病两方面来总结患者的陈述。这种总结有助于满足前面

所述的访谈这一阶段的两方面目标，也就是：

- 探讨并理解患者的看法，从而理解患病对于患者的影响。
- 探讨生物医学观点或疾病框架，从而得到充分的“医学”病史。

总结可以告诉您是否真正“搞懂了”。如果是，那么患者会用语言或非语言性的赞同征象来肯定您的描述。但是，如果您理解的不准确或不完全，那么患者会告诉您，或者用非语言信号表示他们不高兴（Neighbour 1987）。如果没有明确的话语总结，我们就只能依靠推测和假设我们已经正确理解了患者。

（2）**辅助**

总结不仅能更准确，同时也能拓宽我们对患者问题的理解。总结是一个非常好的辅助性开始方式，伴之以随后的停顿和倾听，是使患者继续讲述而不受医生外在指令影响的重要方法。它像一个辅助性工具，邀请患者或为患者营造继续的空间，进一步解释他们的问题和想法。

> 医生：“可以看一下我理解的是否正确吗？——您以前有点消化不良，但最近几周新增了一些问题，觉得前胸有一种尖锐的疼痛，有嗳气和酸味。它让您无法睡觉，饮酒后更加严重，您怀疑是否要归咎于止痛药。对吗？”（暂停）
>
> 患者：“是这样的。我现在可不能病倒，因为约翰的病很重了。我不知道该怎么应付。”

内在总结对患者的好处很多：

- 它清楚地表明医生在倾听。
- 它表示医生对患者说的话感兴趣，注意正确理解问题——对患者予以肯定。
- 提供一种合作的方式来解决问题。
- 允许患者验证你的理解和想法。
- 给患者机会来肯定或纠正医生的解释，并增加遗漏的内容。
- 作为一种辅助性开始方式，邀请患者并允许他们进一步解释他们的问题和想法。
- 表明医生对患者叙述的兴趣，不仅在于疾病方面，也在于患病方面。

对于医生来说，内在总结的优势同样明显：

- 核实医生所认为的患者所言的准确性，最大限度地使信息采集更加准确，并纠正误解，促进双方在共同的基础上相互理解。
- 为医生提供空间以回顾已经涵盖的内容。
- 使医生的思考更加有序，对不太清楚的问题能心中有数，并明确进一

步要探寻病史的哪些方面。

- 有助于医生过后对信息的回忆。
- 使医生能够区分疾病和患病，并从两方面同时去思考。

在第 4 章中我们将深入讨论支持其运用的依据。

3.5.1.9 语言

在整个交谈中，使用精确、易于理解的问题和评论，避免术语都是非常重要的。在第 6 章中讨论解释和计划时，还将专门就沟通的这一方面问题进行探讨。

3.5.2 理解患者观点的其他技巧

上述探寻问题的技巧可以使医生发现关于医学病史的所有三方面内容——生物医学的看法，患者的想法和背景信息。

随着故事的展开，患者会给出关于疾病和患病的信息，而训练有素的接诊者就可以将问题的这两个重要方面穿插结合。然而，理解患者观点的技巧，也就是确定和认可患者的思想、担忧和期望并鼓励患者表达感受和想法，却有着本质的差异，需要医生具有另外的专业化知识。在此我们要探讨完成这一方面的信息采集所必备的特定技巧。

3.5.2.1 有哪些证据支持探讨患者对于患病的看法?

本章在前面已经详细分析了疾病—患病模式，以及在接诊咨询中从医生和患者两个框架进行探讨的重要性。现在我们要检查一下相关的研究证据，这些证据证明，理解患者对于患病的看法非常重要。

患者的看法或者患病框架包括：

- 见解或信念（对于患病的起因和影响，关于健康，以及影响或促进健康的因素）;
- 担忧（对症状可能意味着什么的担心）;
- 期望（希望医生怎样来帮助自己）;
- 想法和感受（患病引发的情绪和想法）;
- 对生活的影响（患病对日常生活的影响）。

(1) 人类学和跨文化研究

许多有助于形成疾病—患病模式的基本概念最初都来自人类学和跨文化的研究。Kleinman 等（1978 年）的文献综述，汇集了大量人类学研究的内容，并解释了这些研究成果怎样被应用于日常的医学访谈。

作者探讨了患者对于其患病的解释框架，如何为文化所塑造。我们对于健

康和患病的社会、文化和精神信念，影响到我们对于症状的认知，对患病后的期望以及求助行为（与求助于家庭、朋友和专业人员相关）。患病的行为受文化规则的左右，不同文化之间差异明显，不仅在于社会是怎样定义疾病的，也在于个人如何对待疾病。这种差异在同一文化中的不同阶层和家庭之间也同样存在。

不仅是患者的理念取决于文化，医生的理念也同样如此。即使在现代的西方医学实践中也存在巨大的文化差异，这决定了对“临床事实”的认识。在国外度假时，我们都会注意到世界各地的医生对于疾病解释和治疗明显不同，生物医学视角也同样具有“文化的特定性和价值取向”，而不是我们常常所认为的——是“客观的”。

Chugh 等（1994）在城区多文化环境中做了一项与文化相关的健康观念的研究，研究清楚显示，在同一文化群体内的诸多信念，也经常与不同文化群体之间的信念一样多元。理解与文化相关的健康观念的多样性十分重要，但仍然有必要发现每个个体患者的健康观念。

Kleinman 等（1978）建议，医生不仅应该引出患者的解释模式，而且也应该开诚布公地比较和讨论医生和患者之间相冲突的意见。他们将此看成是促进对医疗建议的依从性的必要步骤，而如果医生没有结合患者的观念来解释自己的建议，在患者看来医生的建议无助于解决问题，那么患者的依从性就会很差。

在疾病——患病模式中，这一阶段被标注为“整合”（见图 3.1）。只有发现患者的患病框架的内容，我们才能用患者能理解并接受的语言作出解释并制订计划。患者的意见和观念、担忧和期待，需要结合在我们对疾病过程的解释之中，只有这样，我们才能涵盖在患者看来最重要的问题，从而达到某种程度的共识。重要的是找到一个位置，使我们的解释和建议能让患者明白。

探讨患者的信念是一个包含三个阶段的过程：

- 确认：发现并倾听患者的意见、担忧和期待。
- 接受：承认患者的观点，承认他们有权利保持自己的观点但不必赞同他们，然后暂停，以便让患者能说出更多他们想说的话。
- 解释：解释你对问题的理解并与患者的理解相关联，达到相互理解的共同基础。

我们将在第 5 章中更进一步讨论接受，在第 6 章中还将深入讨论这个三阶段模式，根据 Tuckett 等（1985）的研究工作可以看到，引出患者的解释框架对于患者对医生解释的回忆和理解，都具有影响。

Wright 等人（1996）的研究使我们可以更深入地理解患者的想法。在他

们关于医疗卫生观念的著作中，他们用事实证明，患者对于自身患病的观念（治疗、病因、预后、健康在他们生活中的作用，以及精神和健康的关系）比任何其他因素都更影响其处理患病的方式。作者们也探讨了临床医生在理解、建立和影响这些观念中可以发挥的积极作用。这些目标是以叙述为基础的医疗的核心（Launer 2002；Haidet 和 Paterniti，2003）。在这一模式中，临床医生运用一般为家庭治疗师所常用的提问技巧，鼓励患者讲述他或她的故事。在接诊咨询中患者和医生所用的语言是帮助患者“改变故事”并获得治愈的基础。

为了解更多关于谨慎地引出患者观点的性质和价值，我们鼓励医生多看一些患者发表的关于他们自己就医经历的叙述，同时也需要看一些搜集和分析患者叙述的研究报道。这两类文献都值得研读——患者从他们自身的视角出发所写的故事，可以使我们加深理解患者的想法及其在健康管理和治愈过程中所起的作用。Geist-Martin 等（2003）新近出版的教科书，列举了一些非常引人注目的、也很有用的关于上述两种工作的例子。

（2）转归研究

我们有哪些证据表明，引出患者对自身患病的想法实际上会影响到疾病的转归呢？

西安大略大学的头痛研究组（1986 年）对 272 名看家庭医生的新发头痛患者，进行了为期一年的前瞻性研究。研究的目的是描述初级保健中头痛的自然病史，评价在一年以后成功治愈头痛的患者中，各种可能变量的重要性。该研究小组分析了多种不同变量，包括医生的诊断、器质性或非器质性诊断、特定症状的出现、治疗、检查、转诊与否、年龄、性别以及是否有社会心理问题。治疗、转诊和检查对一年后症状是否缓解没有明显影响，而在所有可能的变量中，最为重要的是患者对于初诊时他们能够全面地讨论自己的头痛以及他们所面临的问题的认识（得到完全缓解的可能性为 3.4 倍）。器质性诊断（3.2 倍）、缺乏可辨识的病征（2.2 倍）是另外两个最重要的因素。该论文清楚地显示了医患沟通对慢性头痛转归的重要作用。事实上，这一研究将沟通提升到程序的层次，我们可将沟通视作每个人都可以应用的一个治疗选择。

Orth 等人（1987）的研究显示，在高血压患者的就诊过程中，如果医生允许患者用自己的语言自由表达他们对健康的担忧，不去打断，那么患者的血压下降十分明显，完全有别于回答“是”或“不是”之类的问题。

Brody 和 Miller 等（1987）研究了在医院非预约门诊就诊的上呼吸道感染患者的恢复情况。症状类型及严重程度、就诊时对健康担忧的初始水平、检查结果、培养结果和治疗方式等因素，与恢复的速度均无明显关系。他们的恢复与就诊后担忧的减少有关（特别是针对问题的严重程度和未来后果的担忧），

也和患者对于花时间讨论这些顾虑是否满意有关。

Roter 等（1995）进行了一项随机对照试验，结果显示对初级保健医生“问题确定和情感处理技巧”的训练（其中包含了多种探讨患病框架的技巧），不仅可以增强对社会心理问题的检出和管理，也可以减轻患者的情感痛苦长达6个月。

Kinmonth 等人（1998）进行了一项随机对照研究，评估对英国的执业护士和全科医生进行以患者为中心的额外培训的效果，分析他们对新诊断为2型糖尿病患者的生活方式、心理和生理状况的影响。他们发现，患者报告与医生有了更好的沟通，并且对治疗和幸福的满意度更高。患者的生活方式和血糖控制情况并无明显区别。然而，如果患者的知识水平较低，他们的体重指数就会较高，且甘油三酯的水平也较高。因此作者提醒，经过训练的执业者对沟通过程给予关注要多于对预防保健的关注，致力于以患者为中心的接诊咨询方式并获得收益的同时不应忽视疾病管理的重点。研究结果还表明，这种训练干预不足以使医生能够在每次访谈过程中都能从医生和患者两方面的看法来思考。就像我们前面所述，以患者为中心的做法扩大了医生的工作范畴而不是取代医生的工作议程，医生应该兼顾疾病和患病两个方面。当医生在访谈中更多的转向以患者为中心的方式时，同时兼顾两方面的能力是必须掌握的关键技巧之一（Roter 2000）。

Stewart 等（2000）的研究显示，如果在初级保健中的就医经患者判定是以患者为中心的沟通方式，在2个月后，他们的不适和担忧得到较好的恢复，其情绪状态更好，较少转诊，较少作诊断性检查。

（3）满意和依从性研究

许多研究记载了以患者为中心的方法和满意度及依从性之间的关系。在 Korsch 等（1968）和 Francis 等（1969）在洛杉矶对800例儿科非预约门诊进行的开创性研究中，首次采用严格的方法对医患互动进行研究。如果医生有如下行为，那么对接诊咨询的满意度和依从性将会下降：

- 缺乏热情和友善；
- 没有考虑到患者的担忧和期望；
- 使用术语；
- 缺少对诊断和病因的清晰解释。

Korsch 等认为，母亲们的期待经常没有被儿科医生们探寻出来，仅仅有24％的母亲的主要担忧被提及。缺乏对母亲们所表达的忧虑或者期待的关注，会使她们“突然中断会谈”，不再提供进一步的信息。另一方面，如果母亲们认为急迫的需要被满足时，她们就会显得很专注，愿意听从医生的意见和计

划。如果在就诊中既不关注她们的期望，也不关注其主要担忧，那么在随访中发生不满意的概率最高。如果能发现她们的期望，就不再需要花费更多的时间。

Joos（1993）和Kravitz（1994）等也发现，无论是慢性病患者还是在内科门诊就医的患者，如果他们先前的期待在访谈过程中得到满足，就会明显地感到更加满意。然而，许多患者渴望获得更多关于自身疾病和药物的信息，或者需要情感上以及家庭问题上的帮助，但都未得到满足。Bell等（2002）的研究表明：无论是在家庭医生办公室就诊，还是在内科和心血管门诊就诊，期望得不到表达的患者对就医的满意度较低，症状改善较差。

Eisenthal和Lazare进行了一系列经典研究，针对精神科非预约门诊患者采用“顾客方式”（Lazare等，1975；Eisenthal和Lazare，1976；Eisenthal等，1979）。他们通过特别考察“患者希望医生如何来帮助”，以及他们当前的症状，广泛地研究了患者的期望。他们清楚表明，患者的期望经常在主诉中并不明显，临床医生需要专门询问才能得知，而医生并不会常规性地去询问患者的期望。研究表明，如果医生询问患者的期望，患者更容易感到满足，感觉受到帮助，并能坚持遵从商定的计划。最重要的是，他们的研究清楚显示，满意度的增加显然与患者的请求是否得到允许无关。这是一个非常重要的发现。在Korsch和Joos的研究中，期望和满意度之间呈正相关，与患者的期望得到满足而不仅仅是被引出来相关。这也许并不奇怪——如果患者得到他们想要的，他们就会感觉更快乐。但是，Korsch需要解释的真正问题是：假如患者的期望表达出来后经讨论不能得到满足，那么实际上，期望得不到满足是否是不满意的原因？发现患者的期望和讨论的过程本身是否有帮助意义？

Eisenthal和Lazare已经证实：引出并说明患者的期望本身确实有意义，在理解患者期望的基础上协商治疗计划才有帮助。换句话说，这并不是发现患者是否想用抗生素来治疗咳嗽，也不是要与患者重要的愿望保持一致，而是要发现患者的期望，并结合患者的观点来解释我们的立场。这与前面所述探寻患者理念的三个阶段计划一致。将彼此的协商建立在对各自立场的理解基础之上，最终的目的是达到相互理解的共同平台。

Britten等（2000年）归纳了14类有关的误解，涉及医生不了解的患者信息，患者不了解的医生信息，信息相互矛盾，对于不良反应的意见分歧，对医生的决定缺乏沟通，还有相互关系的因素。所有的误解都与患者在接诊咨询中缺乏参与有关，换句话说，也就是缺少患者的期望和意愿，或者缺少患者对医生的决定和行动的回应的声音。误解也可能或确实会导致不良后果，比如不配合治疗。医生们似乎并不知道患者的意见对成功处方的相关性。另一方面，

Dowell 等（2002）对一组治疗依从性不好、临床控制不佳的患者进行了一项研究，表明如果在长期的接诊咨询中运用结构化的方式探讨患者对于患病和用药的理念，特别强调了理解、接受、个人的控制力和动机，结果在干预终止后3个月时，24个病例中的14例临床控制和用药得以改善。

Little 等（1997年）进行了一项开放随机试验，观察了在初级保健中就诊的咽喉痛患者，研究结果表明：从患者对就诊的满意度可以预测患病时间的长短，而满意度与医生是否适当处理患者的担忧之间高度相关。

Stewart（1984年）对140次初级卫生保健接诊过程进行录音，通过分析医生的行为来确定他们如何“以患者为中心”，也就是分析医生是否着意发现患者的观点，是否辅助患者的自我表达并进行提问。10天后患者在家中接受访问，结果显示，以患者为中心的行为频度越高，患者的依从性和满意度就越高。

Henbest 和 Stewart（1990a，1990b）将这个研究更深入了一步，他们开发了一种特别的工具，用以测量医生允许患者表达感受、想法和期望的程度。在这些研究中，以患者为中心的程度，通过结合使用开放式问题，鼓励患者表达，特别询问患者的期望、思想和感情等进行评分。结果发现，以患者为中心的程度，与医生确定患者来就诊的理由以及患者担忧的解除高度相关。

Arborelius 和 Bremberg（1992）通过一项对全科医生进行的研究说明，医生和患者都积极评价的成功的接诊咨询，其特征是通过努力来发现患者的想法和担忧，花更多的时间来讨论共同理解的任务，并使患者投入到自我管理中。

Kinnersley 等（1999年）说明，对于在全科诊所中因新发症状就诊的患者，全科医生的接诊风格，特别是接诊中以患者为中心的程度与患者的满意度呈正相关，具有显著统计学差异。

Little（2001b）说明，全科诊所中就诊的患者，对以患者为中心的方式有强烈的要求。如果不能接受到这种方法，那么患者的满意度较低且不易合作。

Abdel-Tawab 和 Roter（2002年）在埃及31个计划生育门诊中，研究了以患者为中心的方式在计划生育门诊中的可行程度、接受程度和效果。34名医生和112名希望实行计划生育的当事人之间的接诊咨询过程被录音，然后分析了医生的沟通风格。三分之二的医生接诊咨询是以医生为中心的风格，而只有三分之一是以当事人为中心的风格。后者的就诊过程满意度提高三倍，其避孕方法持续应用可达7个月。研究表明，在埃及，与更发达的国家一样，患者为中心的沟通方式比医生为中心的沟通方式能产生更好的客户效果。

(4) 理解和回忆研究

Tuckett 等人（1985 年）对信息给予的研究说明，引出患者对其患病的观念和看法，能够使患者理解并回忆医生提供的信息，因此具有重要意义（在第 6 章中我们还将进行更为全面的探讨）。他们的研究努力受到阻碍，因为只有在为数不多的例子中，才能看到医生请患者自由表述想法，甚至或者医生要求患者自由发挥，发挥后可以随意讲述。医生常常会介入患者的思路，严格限制患者表达。这样的行为极大地增加了理解和回忆失败的可能性。

医生的理解也可以通过以患者为中心的访谈而增强。Peppiatt（1992 年）通过对一个家庭医生所进行的 1000 例访谈的研究发现，77%的患者主动提供或者回应医生要求，表述现状产生的原因，而 20%的患者对病因的想法有助于医生确定病因，9%可以使医生实际据此做出诊断。

(5) 以患者为中心的访谈时间是否较长?

Stewart（1985）研究了 133 例初级保健中的访谈过程，并将他们的“以患者为中心”的评估分值与就诊时间的长度进行比较。以患者为中心程度较低者，问诊时间平均需要 7.8 分钟，中等程度者需要 10.9 分钟，程度较高者需要 8.5 分钟。Stewart 得出结论，医生在学习这些技巧时可能预计需要较长的时间，但是，一旦掌握以患者为中心的方法后，与不用这种技巧者相比，就诊过程所需的额外时间不会更多。

Roter 等（1995）也发现，初级保健医生接受了“界定问题和处理情感”的技巧训练后，其问诊的时间并未增加。

Levinson 和 Roter（1995 年）的研究显示，对患者心理社会方面的治疗持积极态度的初级保健医师，较多地应用适当的沟通技巧，结果他们的患者有更多关于心理社会方面问题的讨论，患者也更多地参与自身的健康管理。然而同样是这些医生，他们用于访谈的时间并不比那些态度不积极的同事更长。

Roter 等（1997）发现，在美国的初级保健问诊中有五种鲜明的沟通方式：

- “狭义的生物医学方式”，以封闭式医学问题和生物医学谈话为特点。
- “广义的生物医学方式”，也是受限制的方式，但有一定程度的心理社会方面的讨论。
- “生物-心理-社会方式”，体现出社会-心理与生物医学话题之间的平衡。
- “社会-心理方式”，以社会心理互换为特点。
- “消费者方式”，特点是以患者问题为主，医生仅仅是提供信息。

没有证据表明，以患者为中心的接诊咨询过程比严格的生物医学访谈时间更长。

Levinson 等（2000）说明，在初级保健和外科门诊的就诊中，如果医生

错过提取患者情绪线索的机会，就诊时间可能会比提取线索并做出回应的接诊时间要长。

在上述 Abdel-Tawab 和 Roter（2002）的研究中，以患者为中心的接诊时间只比以医生为中心的接诊长 1 分钟，但患者的满意度和依从性显著提高。

3.5.2.2 如何发现患者的看法？

在会谈进行当中，有两种探讨患者的患病框架的方式。首先是直接询问患者的想法、担忧、期望和感受。其次是在会谈的过程中提取患者提供的线索。

Maguire 等（1996a）已经说明了这两种技术的价值。当医生问及癌症患者有关其治疗的心理方面的问题（**"这样让您感觉怎么样？"**）而不仅仅关注其身体疾病时，癌症患者会暴露更多他们最重要的担忧和感受。当医生特别澄清一些心理问题（**"您说您一直很担心……"**）时，患者也会暴露更多担忧。正如所预测的，使用开放式问题、总结以及采用设身处地的陈述方式等，可以促进患者对担忧的坦露。

（1）提取并验证线索

患者们热切地要告诉医生他们自己的想法和感受。在 Tuckett 等（1985）的研究中，26%的患者会主动向医生提供对其症状的解释。而当患者表达他们的看法时，只有 7%的医生积极鼓励患者自由讲述。13%的医生被动聆听，而 81%的医生并不努力倾听，甚至有意打断患者陈述。有半数患者的观点是隐性表达而不是显性表达，而显性线索比隐性线索更容易被提取。结论是，很多患者提供的线索却不幸被我们忽视了。Butow 等（2002 年）最近证实，医生们对大多数信息线索能有效确认并做出回应。但是他们很少能够重视并回应关于情感支持的线索。他们的研究还显示，处理这些并不延长就医时间，也不增加患者的焦虑心理。

我们已经介绍过 Cox 及其同事的工作（Cox 等，1981a、1981b；Rutter 和 Cox，1981；Cox，1989）。他们的研究说明，开放式提问和专心倾听可以便于患者表达情感，并可以收集到高情感性的敏感数据。如果医生创造了一种很有兴趣的、开放性的气氛，在倾听阶段，患者很多的感受和思想就会呈现为线索。然后就是一个相对容易和自然的过程，以提取并进一步探索这些线索。这样做比问一些直接而又未经启示的问题，往往使医生和患者都感觉更好一些。有意思的是，Del Piccolo 等（2000 年）发现，在初级保健接诊咨询中，情绪悲痛的患者提供线索的数量与全科医生的言语行为有关，封闭式的心理社会问题越多，提供的此类线索越多，而像开放式问题这样的主动访谈技术和情感回应越多，则提供的线索越少。作者推断，以患者为中心的技术能够使患者

直接讲出他们的故事，而不需要向医生做出暗示。

应该强调的是，线索不仅仅以语言评论的形式出现，存在于肢体语言，语调和面部表情中的非语言线索也非常重要。为保证准确地解读这些非语言行为，重要的是应仔细观察，并敏感地向患者核实您的认识。

但是，为什么医生会反复错过回应患者线索的机会？部分原因可能是话题的控制。传统上医生通过封闭式问题控制谈话，这就限制了患者的努力，而使患者处于比较被动的状态。在提取患者线索时，医生也许会觉得偏离了预先计划的路径，不能确定我们会被引向何处（开始觉得失控）。在随之而来的尴尬时刻，对于医生来说，最容易做的是回避，而重返更安全的地方（Epstein 等，1998 年）。矛盾的是，线索往往是通往重要领域内容的一个捷径，特别需要我们给予关注。

我们也可能会错过患病框架中的线索，因为我们会优先听取关于疾病的线索。如果患者说**"在家待着很困难，最近以来我一直感到更多痛苦"**，我们很容易偏向提取关于疾病而不是患病的线索，因此会问**"能讲讲您说的疼痛吗？"**而不是转回来问**"您是说在家里很困难……"**。令人困惑的是，Rogers 和 Todd 等（2000 年）发现，肿瘤专家甚至也会只优先听取和回应某些疾病线索，而放弃其他线索——他们忽略患者关于疼痛的线索，除非正好是"那种"疼痛，也就是他们认为符合专门的肿瘤治疗的那种疼痛。其他的疼痛或者不被承认，或者被忽视。提取语言和非语言线索的方式举例见表 3-2。

表 3-2 提取语言和非语言线索的方式举例

重复线索
- "难过……？"
- "可以做一些事……？"

提取并验证语言线索
- "您说您担心这疼痛可能是个严重问题。您觉得这可能是什么问题呢？"
- "您提到您的母亲患有类风湿关节炎。您认为您也会得这个病吗？"

提取并验证非语言线索
- "听您的解释，我感觉到您过去不是很快乐，对吗？"
- "您对女儿生病感到很难过，对吗？"

（2）具体询问患者对患病的看法

尽管提取患者的线索可能更容易，仍有必要特别询问患者对患病的想法（Platt 等 2001）。Lang 等（2002）对家庭医生门诊进行研究的研究表明，经过对患者的看法进行序列提问，44％的患者会说出明确的有重要意义的担忧，而

此前未曾暴露。在之前从未和相关医生接触过的患者中，被问到上述问题的患者对接诊医生的满意度明显高于未被提问的患者。而在 Tuckett 的研究中，只有 6%的医生直接询问患者自己对于患病的看法。直接的提问需要小心谨慎把握时机，清楚表示意图，仔细斟酌用语（见表 3-3）。Bass 和 Cohen（1982 年）发现，在儿科门诊中，如果患者的父母被问道：**“关于这个问题，您担心什么?”**时，大多数父母会回答**“我不担心”**。而像**“对这个问题，您有什么想法?”**这样的问题，却会在超过 1/3 的患者中产生原先没有认识到的担忧。

表 3-3　询问患者的意见、担忧或者期望时需要不同措辞的例子

意见（观念）

- “告诉我您认为是什么导致这个问题发生的?”
- “您认为会发生什么事?”
- “对于这个问题，您自己有什么想法?”
- “您有什么线索吗? 您有什么依据吗?”
- “您显然对这个问题有些想法。这能够帮助我了解您认为可能是什么问题。”

担忧

- “您担心是什么问题?”
- “有什么特别的或具体的事情让您担心吗?”
- “您认为最令您担忧的事是什么?”
- “在您最艰难的时候……”

期望

- “您希望我们对此能做什么?”
- “您认为什么是最好的行动计划?”
- “我怎么样才能最好地帮助您?”
- “您显然对这个问题有想法。您觉得什么是处理这个问题的最佳方式?”

(3) 感受

许多医生发现，进入患者的情感领域尤其困难。它并不是天然地适合传统临床方法的客观方式，而且在医学院我们经常被教导要避免如此。不动声色的客观性可能受欢迎——谈起感受对医生和患者可能都是一种痛苦的事，常常很难处理。医生害怕打开患者情绪和感受的“潘多拉盒”。比较而言，其他专业医师如咨询师和治疗师却最被鼓励进行这方面的探索！Maguire 等（1996b）研究报告说，医生们对每一个辅助性行为会成比例地使用三个抑制性的行为。

因此，意识并且实施能发现和回应患者感受的技巧（表 3-4）尤为重要。

表 3-4 发现和回应患者感受的技巧

提取和验证语言线索
- “您说您觉得很悲惨。您能更多地谈谈您的感受吗?”

重复语言线索
- “生气……?”

提取并对非语言线索做出反应
- “我觉得您太紧张——谈谈这个问题有帮助吗?”或者“说到约翰的时候您听起来很悲伤。”

直接的问题
- “那件事让您感觉如何?”

运用接受、移情、关心、理解，以使患者感觉你对他们的感受有兴趣（参见第五章）
- “我能明白那件事对您来说很困难。”

尽早使用谈及感受的问题来表明你对这个话题的兴趣

询问更具体的例子
- “还记得您有这样感受的时候吗？到底发生了什么?”

征得允许进入情感领域
- “您能告诉我您感觉怎样吗?”

如何结束对感受的讨论而不让患者陷入下降螺旋
- “谢谢您告诉我您的感受。它能帮我更好地了解情况。您觉得您告诉我的感受足以帮助我理解事情吗”或者“我认为我现在理解了一点您的感受。让我们来看看，我们能一起帮助解决的实际问题。”

（4）对生活的影响

运用开放式的问题，询问症状或患病如何影响患者的生活，是了解患者对问题看法的一个很好的切入点，特别是，它常常能使患者公开谈论他们的想法和感受。

3.5.3 统合信息采集的过程技巧

我们现在已经探讨了每一项信息采集的过程技巧。但是在实践中我们如何能把这些过程技巧结合起来，形成路径，贯穿于访谈中的这一环节？这些技巧如何能被最有效地运用以发现如下内容：

- 生物医学观点
- 患者的看法
- 背景信息？

在此我们提出一个结合这些过程技巧的操作方法，医生们在日常实践中，一旦完成了问诊的开始阶段，确定了患者的问题清单后，就可以使用这一方法。请注意，这只是诸多结合这些技巧的方法之一。关键是在问诊中灵活、机动地回应患者的线索和回答。

> **探索生物医学观点和患者观点**
>
> 事件发生的顺序
>
> 鼓励患者进行叙述，运用开放式提问方法
>
> 专心倾听
>
> 辅助
>
> 运用更多直接的开放式问题
>
> 理清问题并构建时间框架
>
> 提取和回应关于疾病和患病的语言及非语言线索
>
> 总结生物医学观点和患者观点
>
> 使用提示标识转到：
>
> 　　进一步分析每一个症状，并进行相关的系统回顾
>
> 　　从开放式问题开始，然后逐渐转向封闭式问题
>
> 使用提示标识转到：
>
> 　　进一步探寻患者的看法
>
> 　　使用主导性的开放式问题
>
> 　　承认患者的观点和感受
>
> 使用提示标识转到：
>
> 　　发现背景信息
>
> 　　逐渐增加使用直接问题，最终使用封闭式问题

从开放到封闭式提问技术的连续性

在以上建议的方法中，存在着一个从开放式到封闭式提问技术的连续性。在探索病史内容中每一个具体的部分时，会谈逐渐地从开放式移向封闭式问题。

起初，开放式提问运用于探寻的开始：

> “请告诉我，从您第一次开始觉得病了，直到现在，都发生了什么情况？”

随着会谈的进行，医生可能需要变得更直接引导患者，对叙述中出现的生物医学观点和患者观点两方面更具体的内容作进一步发挥。医生可以通过更集中或更直接的开放式陈述和问题做到这一点：

> "跟我多谈谈您的疼痛吧。"
> "您提到呼吸困难，能告诉我是怎么回事吗？"
> "您说这种痛很可怕，那您能多谈谈您的感受吗？"
> "当这一情况发生时，您还注意到其他问题吗？"
> "然后您又做了什么？"

随着问题探索的进展，生物医学观点中重要的方面可能不会出现在患者的陈述中，而从开放式向封闭式问题的逐渐转移可以保证这些方面的内容被探知。正如我们在本章开头部分所讲，每一个症状都需要被全面探查到，而更焦点的问题在此至关重要。同样的，也可以在开始时用比较直接的开放式问题，然后在必要时不断增加封闭式问题。

> "您能形容一下疼痛是怎样的吗？"
> "是一种锐利的疼痛吗？"

医生也想探讨患者的看法。正如前面所述，开放式问题在此最为有利，尽管有时比较封闭式的问题也可能有用。

> "您担心那可能是什么？"
> "您担心是癌症吗？"

随着会谈的继续，医生将会开始临床推理的过程。医生的认识技巧会使提问更为聚焦。例如，一位非器质性胸痛的患者没有公开提到的压力可能导致症状发生。经过仔细倾听和慎重使用开放式问题之后，医生可以问一个特定的封闭式问题。

> "您现在感觉压力很大吗？"
> "是的，我女儿的婚姻最近破裂了。"

要注意，医生的封闭式提问不能太过聚焦。我们很容易向患者提出一个不合适的封闭式问题——我们想的可能过于超前，对我们提出的问题可能已经预先想好了可能的答案，然后再用提问来验证我们的预先假设。结果成了问一开始就存在你心中的问题！一个典型的例子就是：

上述的医生想知道他的患者此刻是否有任何压力。但是他没有问一个一般性的问题，如“现在您生活中有什么压力吗?”。而是思想在先，怀疑她有家庭方面的问题，所以问到：“您丈夫现在还好吗?”患者回答还好。医生没有获得答案，只能转回到最初的问题上。

接下来医生需要详细的背景信息，包括患者的既往病史、家族史、个人和社会史，用药情况和过敏史以及全面的系统回顾。在这时，要逐渐增加直接问题的使用，直到系统回顾的完成，这几乎变成一份封闭式问题的清单，本章已经介绍过了Cox及其同事的研究工作，如果系统回顾中没有除外相关的症状，可能会遗漏重要的信息。尽管这样做可能仅仅是确定哪些症状并不存在，但这仍然是对诊断十分有用的信息，不可以做假定推断。阴性症状同阳性症状一样重要。

3.6 信息采集中的完整病史与重点病史

我们要强调，以上所勾勒的过程和内容框架，都可以同样应用于完整病史和重点病史的采集。

当医学生们学习怎样问诊患者时，他们最初被传授的是采集完整病史，涵盖了下面列出的医学访谈内容的所有方面。

医学访谈的全部内容

患者的问题列表

1

2

3

4

探讨患者的问题

生物医学角度

事件发生的先后顺序、症状分析、相关系统回顾

患者的角度

意见、担忧、期望、对生活的影响、感受

背景信息——上下文（来龙去脉）

既往病史

家族史

个人和社会史

药物及过敏史

系统回顾

然而，在实践中学生们很少看到医生以上述的方式与患者会谈。无论是在医院的门诊、急诊室还是在全科门诊，绝大多数医生采集重点病史，这比采集完整病史大为节省时间。学生们在临床实践初期，当被问及两种方式的差别时，通常会说，重点病史采集时，医生只是放弃了最初的倾听过程并迅速进入封闭式问题。他们认为，我们在本书中所讲的过程技巧，诸如倾听、筛选、议程设置、辅助、运用从开放到封闭的逐渐过渡、引出叙述脉络，以及总结等，并不适用于重点病史的采集。

但事实上真理就是真理。在现实中变化的是内容而不是过程。在重点病史采集中获取的信息与完整病史获取的信息不同。虽然也列出患者的问题，针对患者问题的生物医学病史和患者的看法仍然重要，不能被省略，但在背景资料中只搜集某些相关的主动选择的部分。比如，几乎从来没有完成全面的系统回顾。因此，有一种更有选择的慎重明断的方法用于搜集背景信息。

重点医学问诊的内容

患者的问题列表

1

2

3

4

探讨患者的问题

生物医学角度

事件发生的先后顺序，症状分析，相关系统回顾

患者的角度

意见、担忧、期望、对生活的影响，感受

背景信息——上下文（来龙去脉）

既往病史
家族史
个人和社会史
药物及过敏史
系统回顾
}只是选择性应用

所以，无论是完整病史还是重点病史，过程技巧——包括专心倾听、从开放式问题到封闭式问题的逐渐过渡等——都是恒定不变的。有关患者问题的病史全部内容，包括患者的看法，仍然非常重要。只是封闭式提问阶段的范围有

所变化，因为所需要探寻的背景细节较少。

为什么沟通过程技巧常常看起来很随意地从完整病史采集变换到重点病史采集？部分解释是，我们所教授的完整病史和重点病史的采集与我们所期望的学生和住院医师在考试中应该怎样做之间不能很好衔接。这一点在我们与一位近期毕业的住院医师的讨论过程中显得很清楚。这位住院医师一开始就坚持认为，重点病史采集过程，应该绝对指向用封闭式问题获得的生物医学信息。如他所述，以下看法被再次证实。当学生或住院医师被要求在评估中（或在病房中）采集重点病史时，情形常常如此，他们渴望通过用封闭式问题大声提问展示所学的知识。这意味着几乎不可避免地从头到尾都在用封闭式问题聚焦于生物医学病史。特别是在时间删减的 OSCE 考试时（如地方的资格考试或住院医 OSCE 考试，以及高风险考试如加拿大的 LMCC 及英国的医学生毕业考试）。

通过这一讨论，我们再次得出结论，在学生和住院医师的“真实世界”中，实际上存在三种问诊方法，也就是完整病史、重点病史以及考试专用病史。不幸的是，学生们（可能有一些教员）倾向于认为，重点病史和考试专用病史就是同一个东西——他们持有这种误解可能长达数年，直到把重点病史与封闭式问题相联系并过于狭隘地强调生物医学病史而成为一种定式习惯。这也就难怪学生们趋于丢弃遵循过程技巧、开放式提问技术、患者的叙述、建立关系等技巧，因为随着他们从早期的沟通训练中采集完整全面的病史到转为采集重点病史，他们认定重点病史与考试专用病史其实是一回事。

考试专用病史完全不同于本章所讲的重点病史。我们努力帮助学生和实习医生做好从完整病史采集到重点病史采集的转换，但不放弃以关系为中心或以患者为中心的内容，也不放弃或降低过程技巧的质量。换句话说，考试专用病史是一种伪重点病史，与实际情况有很大不同。在考试专用病史采集时，医生从生物医学角度和患者观点两方面有效地引出信息，以高度选择的方式搜寻相关的背景信息，与此同时继续发展与患者的关系，并有效运用其他过程技巧。这当然地强烈呼吁改变目前许多高风险考试和其他 OSCE 考试，因为它们无意之中对医学教育造成了严重的负面影响。

3.7 临床推理对信息采集过程的影响

就像病史的类型一样，临床推理的不同方式，不管怎样都不应该影响信息采集所需要的过程技巧。

当临床学生开始看患者时，他们起初使用不同的假设演绎推理来尝试解决临床问题。按照这种方法，所有的信息首先是从患者那里获取。然后，学生们

回过头来考虑可能的鉴别诊断。接着，学生“猜想”可能的诊断，然后思考怎样证实或排除。这是临床推理最为初级的方法，在现实生活中并不为临床医生所普遍采用，除非他们远离了自己的专业领域。由于临床推理是后续工作，因此不干扰问诊过程，并且很容易符合以上所说的访谈框架。

随着临床医生专业技能的发展，他们越来越多地采用赋予经验的练达方法进行临床推理（如图 3-3）（Elstein 和 Schwartz，2002；Dornan 和 Carroll，2003）。

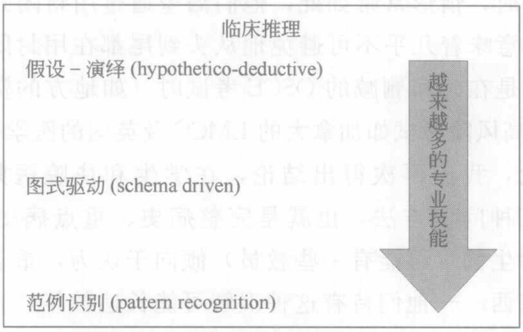


图 3-3 临床推理方式

3.7.1 较先进的假设-演绎推理

第一种方式是假设演绎推理的一种变化。在问诊刚开始的数分钟内，当目前的问题被引述出来后，会形成许多诊断假设（不少于五六个），这些假设随后通过选择性提问、选择性体格检查以及选择性检验等证实或推翻（纳入或排除）。假设的生成很早，在访谈问诊的进行中会驱使医生提出问题。

3.7.2 图式[1]驱动方法

在接下来的一个变化形式中，医生利用已有的图式或头脑中的流程图来帮助解决问题（Mandin 等，1997）。只有经验和知识丰富的专家才有可能应用这种方式。图示可以产生归纳式推理——高度选择性和辨别性提问可以很快排除或纳入大范围的诊断领域，从而可以很快驶入精确定位的问题领域。

3.7.3 范例识别

经验丰富的医生所用的临床推理方法并不适用于医学生。随着职业生涯的

[1] 图式（schema）在心理学中专指以往经验所形成的模式化认知，包括一般概念和行动程序等——译者注。

进展，临床医生不断积累经验，使一些特定情况的详细和关键的特征成为模板或记忆框架，也就是所谓的“疾病脚本（illness scripts）”（Schmidt 等，1990）。这些情况常常“锁定”特定的患者。当面对某一具体问题时，医生会搜索他们的疾病脚本“银行”，以察看是否有一种范例能被识别。然后最初的印象会通过进一步的探询来检定“吻合度（goodness of fit）”。这种范例识别方式并非捷径，而是所有医生都应用的基本技巧——经年累月地看大量患者就可以培养这种能力。

3.7.4 不同的临床推理方式如何影响信息采集过程?

以上所述三种关于临床推理的不同方式，使医生有必要在问诊访谈的早期就开始着手解决问题。这就是说，医生一见到患者，就可以应用上述技巧，在形成假设、运用图式和识别模式时，就要迅速转向封闭式提问，从而缩小可能的诊断范围。

事实上，真理往往在对立面。所有这些方式严重依赖于我们在本章开始就描述过的同一种信息采集方式。这三种方式的潜在风险是，可能过早地进入了临床推理路径；过早地进行封闭式提问从而可能迅速导致对某一特定方向的探索，结果很可能证明其实并不合适，走进了死胡同。医生可能不得不再次重新开始，产生另一个解决问题的策略。随之而来的是无效的和不准确的信息采集。

所有这三种临床推理方式实际上都依赖于清楚、仔细地倾听阶段，这期间医生首先能获得足够的描述，从而最终他或她能运用正确的图式，或者增加识别正确范例的机会。聪明地运用筛选、开放式提问、专心倾听以及在问诊开始的几分钟发现患者的叙述等过程技巧，使医生有更多的时间产生他们解决问题的策略，给医生提供更多信息，从而建立理论依据和假设的基础。在此我们可以看到，沟通中的认知、内容和过程技巧是如何紧密相连的，不可割裂开来考虑。

3.8 总结

本章我们讨论了采集信息的理论和实践。我们探讨了信息采集的内容；讨论了传统医学病史采集方法的长处和局限性。我们还考察了一种转型的临床方法的必要性，也就是同时考虑所讨论问题的患者观点和医生看法。我们还考察了信息采集过程，并且表明，准确而高效的信息采集，并不能简单地通过询问患者症状来完成，而是需要更有效的开放式问题的启发和倾听。我们还讨论了

探索患者对患病的看法的其他技巧。

在转向讨论接诊访谈中体格检查、解释和计划阶段之前，医生需要认真思考 Calgary-Cambridge 观察指南中列于信息采集部分的技巧，并思考如下的问题："我有效地探讨了患者疾病方面的问题了吗？我探讨了患者对自身问题的看法，并理解了患病对患者的意义了吗？我发现了背景信息吗？我确保搜集到的信息正确而完整吗？我肯定已经正确理解了患者所说的话了吗？我是在不断发展一种支持性的、合作性的环境吗？"

（夏志伟　译；许　静、杨雪松　校）

4 提供访谈的结构

4.1 概述

本章将探讨医生可以应用的技巧，以便为问诊过程提供结构，从而使医生和患者均能从中受益。提供结构是访谈的两个任务之一，在 Calgary-Cambridge 指南中，我们特意将其作为连续的脉络贯穿于访谈的整个过程，而不是作为顺序模式的一个部分。提供结构（图 4-1），就像建立关系一样，是一项贯穿整个访谈过程的任务，而不是按顺序发生的，它对于有效地完成五个顺序性任务至关重要。

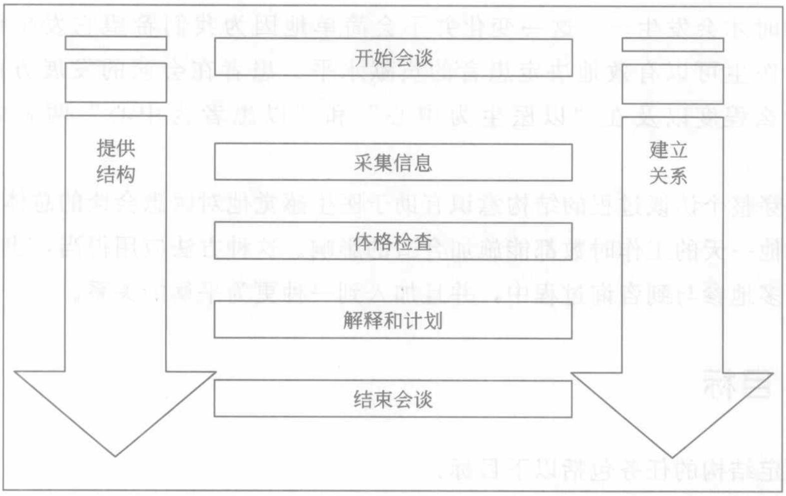


图 4-1

医疗咨询不同于两个平等的朋友之间的社交性闲聊。它不是盲目的或偶然的会谈，而是专业人士和当事人之间精心策划的讨论。在此过程中，双方的言行常常根据彼此默认的传统、规则及习俗，以特定的模式行动。会谈是沿着双方潜意识里都清楚，但却很少公开讨论的固定路径进行的。

会谈的结构如何被确定呢？尽管所有的医生都可以回想起他们与患者之间

的会谈曾经有过完全失控的状况，但在绝大多数情况下，是由专业的医生来设定接诊咨询的尺度范围，并且确定互动的结构。绝大部分的权利无疑都属于医生——医生可以决定讨论的时间，可以因为一时兴起便把谈话转向新的领域，可以决定今天讨论多少话题，以及随时依个人所愿而结束会谈。医生在相当大的程度上控制了会谈。无论是否出于我们的本意，我们的行为都对患者的自由施加了限制。

权力当然导致责任。我们在指引医学访谈上的责任是什么呢？在提供医学访谈的结构时我们想达到什么目的呢？传统的提供结构的方法是运用一系列封闭性问题，患者在就诊咨询过程中主要是一个被动的贡献者。在本书中，我们用一种以患者为中心或者以关系为中心的医学访谈方法，使用我们所确认的可以促进医患之间更加合作的伙伴关系的技巧。这并不是出于我们的主观臆想，而是因为促成这种方法的这些技巧，已经在实践和研究当中表明可以给医生和患者带来更好的结果。

合作性伙伴的概念意味着医生和患者之间更加平等的关系。然而，由于医生控制着会谈的格局，因而这种权力的转移只有在医生恰当地提供会谈结构时才会发生——这一变化并不会简单地因为我们希望它发生而自动发生。医生可以有效地决定患者的贡献水平、患者在会谈的发展方向中参与到什么程度以及在“以医生为中心”和“以患者为中心”两者之间的平衡。

贯穿整个访谈过程的结构意识有助于医生感觉他对医患会谈的总体尺度范围以及他一天的工作时数都能施加合适的影响。这种方法应用得当，也可以使患者更多地参与到咨询过程中，并且加入到一种更为平衡的关系。

4.2 目标

制定结构的任务包括以下目标：

- 使会谈灵活而有序；
- 帮助患者理解，并使患者明了会谈已经进行到哪一步以及为什么；
- 鼓励患者成为制定结构过程的一部分；
- 鼓励患者的参与和合作；
- 促成准确的信息采集和给予；
- 有效地利用时间。

这些目标包含了其他著名的接诊咨询指南中提及的一些任务和要点。

- Pendleton 等。(1984，2003)

——适当地利用时间和资源。

- Neighbour (1987)

——总结："我是否已经充分理解为什么患者前来就医?"

- AAPP 三功能模式 (Cohen-Cole，1991)

——收集数据

- 调查问题；
- 协商应优先解决的问题；
- 总结。
- The Maastricht Maas Global (van Thiel 和 van Dalen，1995)

——总结；

——排序。

- 医患沟通中的核心要素：Kalamazoo 共识声明 (2001 年 Bayer-Fetzer 会议与会者关于医学教育中的医患沟通)

——建构、明确及总结信息。

- 健康沟通中的 Macy 行动模式 (Kalet 等，2004)

——管理流。

- 以患者为中心的医学 (Stewart 等，2003)

——加强医患关系：分享权力；

——实事求是：时间。

4.3 技巧

Cassata (1978) 在对于提供会谈结构的评论中，强调了在接诊咨询的每个部分双向沟通的重要性，他还特别强调了在会谈的最开始就明确预期和议程的重要性。这样能鼓励患者参与性、自主性与合作。在第 2 章中，我们曾探讨了以下三种技巧可以辅助这种合作的方式，与此同时还能使接诊咨询更为有效。

- 确定问题
- 筛选
- 议程设定

这里我们将集中讨论四种补充技巧 (表 4-1)，这些技巧关系到整个访谈过程，可以帮助我们与患者共同安排一个明晰的结构化的会谈。

表 4-1 与沟通全程相关的四种补充技巧

使组织过程明晰

- 内部总结：在特定询问的末尾之处进行总结，以确认理解正确，然后进入下一阶段。
- 过渡标识：采用过渡性的陈述从一个阶段进展到另一阶段；也包括为下一阶段打下基础。

注意流程

- 顺序性：按逻辑顺序制定访谈的结构
- 时限：注意时限，使访谈紧扣任务

4.4 关于提供结构教“什么”和学“什么”：技巧的依据

4.4.1 使组织结构明晰

4.4.1.1 总结

(1) 什么是总结?

总结是一个有意采取的步骤，以向患者提供一个清楚明白的语言总结。总结有两种：

- **内部总结**：针对问诊会谈中某一具体部分。
- **终末总结**：简明扼要地归纳整个会谈。

我们将在第 7 章中详细探讨终末总结。

(2) 为什么内部总结是制定沟通结构的一项关键技巧?

在第 3 章，我们已经探讨了内部总结作为信息采集最重要的技巧之一的作用。在这里我们将讨论它对于制定访谈结构来说同样重要的作用。了解如何通过设置议程、总结以及过渡标识来构建接诊咨询的结构，是沟通技巧教学的关键内容。

传统上，医生们通过封闭性的问题，将结构强加给咨询过程，就如我们之前解释过的一样，是以将患者处于被动地位为代价，保证医生的绝对掌控。然而，我们已经看到，这种方式极其无效，可能导致获取信息质量的不准确，并且会让人感觉对患者没有支持性。但是，既然保持开放性方式和专心倾听如此有效，为什么我们还回避这种做法呢？也许是因为：

- 这样可能会使我们觉得好像失去了对于咨询的控制

• 我们担心并不需要或者不能完全记住患者所言

• 信息以非有序的方式流出——我们似乎在接受一大团未经处理的信息，毫无次序，不易吸收。

这些都是真正的顾虑——毫无疑问，开放性方式确实看起来会导致无序的接诊咨询。然而，有一种方式可以解决这一难题。通过内部总结和过渡标识来规定咨询的结构，可以使医生获得秩序并恰当地控制会谈，同时也不会牺牲开放方式带来的益处。

总结作为一种结构工具，可以使你：

• 归纳并回顾目前为止所听到的内容
• 将信息有序地整理到一个前后一致的模式中
• 认识到还需要获得或者澄清哪些信息
• 获得空间来考虑接诊咨询下一步的方向
• 区分并考虑疾病和患病两方面

对于设法解决开放式问题和专心倾听技术的初学者会发现，总结特别有用——当你不确定下一步应该问什么或者患者已经讲了什么的时候，可以用总结来争取一下时间。总结所产生的非常效果以及患者的回应，通常会自然而然地建立起最合适的前进路径，从而避免尴尬或明显的丧失动力。

> 医生：“我可否核对一下是否正确理解了您讲的内容——您的双脚已经疼了好几个月了，尤其是走路的时候。您已经注意到早晨的时候您全身的关节都很僵硬，而且您还常常觉得疲劳？”
>
> 患者：“对，就是这样——我发现现在照顾孩子越来越困难了。”

(3) 有哪些证据可以证明总结在医学访谈中的价值?

在此我们将展示证据来证明，总结对于“采集信息”和“提供会谈结构”两者的价值。目前只有两篇研究论文论证了总结在医学沟通中的重要性。Cox等人（1981a）说明，通过重述来核对，会使来儿童精神科门诊的患儿家长更加健谈。Maguire等（1996）指出，总结（连同使用开放性问题、重点关注并澄清心理方面的问题、设身处地的陈述以及对受教育的程度做出猜测），是可以帮助癌症患者袒露更多的重要担忧的几个技巧之一。

然而，尽管缺乏直接的医学研究，但是仍然有来自沟通研究学科的理论依据，作为总结价值的基础。在第一章中，我们讲了有效沟通的五个原则。其中之一就是：**有效沟通是一个螺旋式过程而不是一个线性过程**——反复和重复都是必要的。总结是在信息采集阶段体现这一原则的有效方式。

第二项相关的原则是：**有效沟通一定是一个互动的而不是直接的传递过程。**

如果沟通被视为直接的传递，那么信息的发送者会认为，一旦设定并发送出一条信息后，他们作为沟通者的责任就完成了。但是，如果将沟通视为一种互动过程，那么只有当信息的发送者接到反馈，如信息如何被解读，是否已被理解，以及信息对接收者产生怎样的影响时，互动才能完成。仅仅发送信息或者倾听都不够——给予和接收有关信息影响的反馈变得至关重要。沟通的重点转向发送者和接收者相互依赖，建立双方相互理解的共同平台（Dance 和 Larson，1972）。

总结是问诊会谈中信息采集和结构制定阶段的一项关键技巧，能使这一原则付诸实践。总结是向患者进行有意识的反馈，告诉他们你在听他们讲述时听到了什么。下面我们还将看到，在解释和计划阶段，还需要进一步的技巧来确保同样程度的互动性。

让我们来进一步分析这一理论的重要组成部分，如果没有医生的反馈，患者如何才能得知他们自己是否被理解？你可能会说，医生在专心倾听中所传递的非语言线索，患者据此就可以了解到医生正专注于他们的叙述，对其内容很感兴趣，而且已经理解他们的信息。但这仅仅是一种假设。我们不能够假定作出倾听的姿态本身就表示能导致正确的理解——沟通是一个十分复杂的过程，可能会发生很多误解。作为一个医生，你必须自问的关键问题是："我怎么才能知道我所理解的就是患者想要告诉我的？"。从患者的立场出发，这一问题就变成："我知道医生似乎在听我讲，但我怎样才能知道他已经理解我了？"医生和患者双方怎样才能知道，他们已经建立起相互理解的共同平台？

当信息在双方之间传递时，有很多种可能造成曲解。设想当患者向医生讲述自己的情况时，误解可能会发生于以下几点：

- 患者所讲的可能很含糊；
- 患者可能正好忘记要说什么；
- 患者可能误解了医生的问题；
- 患者已经对医疗团队中的某一个医生讲过自己的情况，因此他会认为这个刚见到的人也已经了解；
- 患者可能被带离了话题，也不再回头去完成未完成的评论；
- 患者可能无意中说错了一个词，从而歪曲了自己的意思；
- 患者可能发出了一个非语言性线索，例如微笑等，可能将一些并非本意的内容传达给医生；
- 患者的表述可能非常准确，但是信息传递的环境却使得信息失真（比如，打印机的噪音使医生无法听清患者所说的全部内容）；
- 医生听到了正确的信息，但却错误地理解了其含义；
- 医生理解了含义，但却对信息背后的内容作出了不正确的假设；

- 医生可能有个人成见或偏见，从而影响了准确性（例如：患者的性别，种族或年龄等因素，医生的医学培训，会谈的场所，或者既往与患者沟通的经历）。

所有这些误解都会导致病史采集不准确。唯一能确保信息被恰当地形成、正确地接受、解释和理解的方法，就是通过反馈。在医患会谈中，患者不太可能会觉得有足够的自信来询问医生是否已经理解了他们的讲述。除非我们作为医生，在会谈进程中通过总结，承担起反馈的责任，否则，患者无法确定他们是否被理解，而我们自己也不清楚是否获得了准确的信息。

4.4.1.2 过渡标识

什么是过渡标识？

过渡标识是总结的孪生技巧。一个表明过渡的陈述，能够介绍并且把注意力转向我们将要说明的内容。例如，运用标示过渡的陈述来介绍我们第一个总结非常有帮助。这等于宣布了我们下一步要做什么并且邀请患者跟我们一同思考，来补充遗忘的部分，或者如果我们理解有误，就可以纠正我们的理解。例如：

> “我可以确认一下是否理解了您——如果我有遗漏请告诉我……”

然后，互动过程就可以继续进行，如果患者说：

> “不，这不太对……”

如果总结得到患者肯定的回答，那就可以再次使用过渡标识：

- 使进程从一个阶段进入下一个阶段。
- 解释进入下一个阶段的理由。

> “您提到了非常重要的两点——第一是关节的问题以及疲乏无力，第二是将来怎样照顾孩子。我可以先问几个关于关节痛的问题吗？也许能帮助我理解是什么原因导致关节疼，然后我们再回来讨论照顾孩子的困难。”

或者

> “因为我们以前没有见过，而了解一点儿您过去的病史会对我很有帮助。现在可以谈谈您的病史吗？”

或者

> “我明白了您有些不舒服，但我需要问一问您的医生给您开了哪些药，然后做一个简要的检查，以便找出问题所在。”

采用过渡标识从一个阶段进入到下一个阶段以便

- 使患者了解会谈已经进行到那一步以及为什么；
- 可以和患者分享你的想法和需求；
- 可以请求患者的准许；
- 使医患双方都清晰明了会谈的结构。

在采集病史中，何时进行过渡陈述也包括何时转移的举例：

- 从介绍阶段进入到信息采集阶段；
- 从开放性问题转到封闭性问题；
- 转向有关患者的意见、担忧或期望等具体问题；
- 进入病史的不同部分；
- 进入体格检查阶段；
- 进入解释和计划阶段；
- 进入结束阶段。

总结和过渡标识共同为患者提供了一个一目了然的清晰结构——患者理解并且成为结构过程的一部分。这远远优于通过封闭性问题来设计结构，后一种做法让患者对会谈的过程一无所知。

在第 1 章我们曾探讨过的有效沟通的五个原则中，还有另外一条，就是**减少不必要的不确定性**。未解决的不确定性会导致注意力分散或者焦虑，这反过来会阻碍有效的沟通。如果知道会谈进行到哪一步以及为什么这样，那么许多可能的不确定性和焦虑就会减少。在上述案例中，患者知道，医生已经意识到有关照顾孩子的问题，并且过一会儿还有机会再来讨论。这就会使她专注于会谈的下一部分，而不担心她最主要的担忧之一不被谈及。

Levinson 等人（1997）的研究显示，初级保健医生使用更多的过渡标识，在研究中被描述为定向性陈述，因此他们很少受到医疗过失的投诉。

Floyd 等人（1999）在一篇来自美国的评价 HIV 风险的研究中指出，如果在直接询问性健康的问题之前，医生使用过渡陈述，或者如作者所言，使用针对生活方式的桥梁性问题，患者将会更愿意回答这种敏感的问题。

总结与过渡标识共同作用：

- 是促成合作、互动会谈的关键技巧；
- 使结构明晰，并让患者理解；
- 使你和患者都知道下一步要做什么以及为什么；
- 使你能够表明方向的转变；
- 建立双方互相理解的共同平台并且减少患者的不确定性。

在访谈的解释和计划阶段，总结和过渡标识同样重要。在第 7 章中，我们

将会讨论在这种情况下如何运用这两种技巧，并提供其他相关的依据。

4.4.2 注意流程

4.4.2.1 顺序性

当访谈经过议程设定和协商，建立了一个明确且意见一致的计划后，临床医生显然有责任来帮助实施这一计划，并随着会谈的展开，保持这种让患者明白易懂的逻辑**顺序**。一个灵活而有序的组织方法，通过运用过渡标识清楚地从问诊会谈的一个阶段转入下一个阶段，可以帮助医患双方实现高效准确的数据采集。

对于医生而言，达到这一目的的关键方法之一，是在头脑中始终保持清晰的医学访谈结构，就像 Calgary-Cambridge 内容和过程指南所要求的。在接诊咨询过程中随时进行评估检查的能力以及考虑目前为止已经完成和尚未完成目标的能力，可以使医生重新控制会谈，使其不至于变得漫无边际，让医生和患者都迷惑不解。事实上，一个清楚的结构反而能有灵活性。了解会谈的步骤，知道如何返回原有线路，会给你自信，让会谈自由流动："结构赋予你自由。"

4.4.2.2 时限

医生要运用的另一项重要技巧是限定时间。毫无疑问，在现代医学中，时间问题一直备受关注，所有的医生都会感到压力，如何在有限的时间里尽可能高效地完成会谈。在有限的时间内满足医生和患者所有的不同要求，并非易事。尽管我们在第 3 章中说到，以患者为中心的方法并不比传统方法耗费更多时间。因此，一个关键的技巧就是在会谈中能有效地管理时间，安排各阶段的节奏，从而平衡会谈的每一阶段所占用的时间。

4.5 总结

在本章中我们讨论了提供会谈结构的技巧，以及在医患会谈中需要如何应用它们。我们讨论了医学访谈中的权力、控制和秩序等问题。我们还讨论了医生如何需要清楚地考虑并让患者明白即将发生的会谈的结构。我们还探讨了制订一个有清楚的过渡标识、使患者明白并得到患者同意的清晰结构的种种优势。这可以使医生在复杂的情况下设计出正确路线，可以使患者理解，在必要时他们也可以影响所建议的行动过程。结构设计的技巧允许医生有序安排问诊访谈，让患者感觉更舒适，清楚下一步将发生的事情，并使医患双方充满信心地进行会谈。

（夏志伟　译；许　静、杨雪松　校）

5 建立关系

5.1 概述

一个鲜明的主题贯穿本书和它的配套教材——关系问题。它使医疗保健中的沟通、所涉及的人、医疗保健本身及其结果都产生了差异。

如图 5-1 所示，会谈的五大任务随着接诊咨询的进展而遵循着一个自然的顺序。相反，建立关系和提供结构却是连续地贯穿于整个会谈始终的脉络。建立关系平行于五大连续性任务。它是将接诊的各个部分紧密结合的黏合剂。

我们在本书中所提倡的与连续性任务有关的几乎所有沟通技巧，也同样有助于与患者建立一个稳固的关系。但是，我们有意把遍及各方面的任务作为一个单独的分类，在这里用一整章的内容来强调它的重要性，突出贯穿于接诊咨询中所应用的建立关系的重要技巧，而不是仅仅配合一个任务标题来讲述。

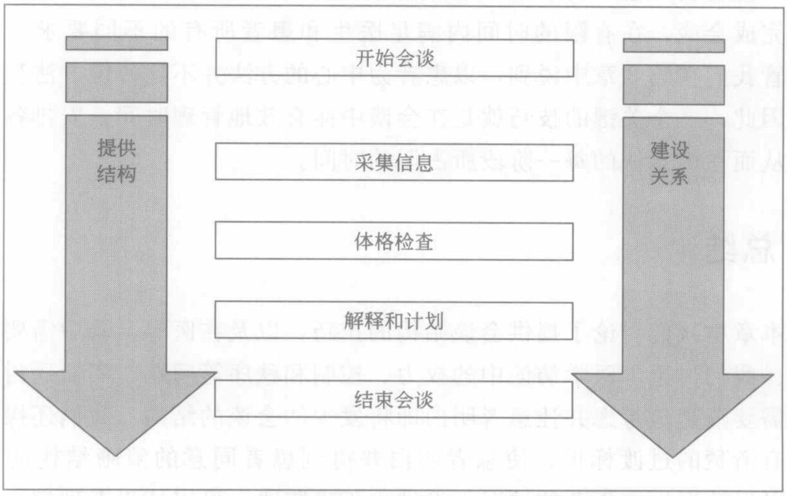


图 5-1

建立关系是一个容易被想当然或者忘记的任务。当医生在整个接诊咨询期间想尽力搞清楚患者的患病或者疾病病情时，会谈的这些连续性部分常常起着支配作用。如果不对这些建立关系的技巧加以特别注意，这些更“具体”的任

务实现起来会变得更加困难。在接诊中的关系建立自身就会终止——医生的角色有时就仅仅是一个有支持力的咨询师。但是在大多数接诊咨询中，关系建立对于完成医学沟通的所有目标，如我们在第1章里所罗列的，即准确、高效、支持力、医患双方满意度的增加、合作和伙伴关系的促进等，有着实质上的作用。关系的建立使患者能够讲述他们的故事，解释他们自己的担忧，从而可以促进忠诚性，避免误解和冲突。

营造与患者的和谐关系，不管在什么样的情况下，对每一次接诊咨询的成功都是极为重要的。通常情况下，特别是在一些专科医疗中，医生与患者的关系本质上是短期的。因此，建立和谐融洽的关系就尤为重要——它使患者在与不熟悉的人讨论问题时会感觉舒适，从而能够从咨询中完全获益。然而，医生们面对众多患者的焦虑，又要在短时间内完成建立关系的任务，的确面临了附加的困难（Barnett，2001）。

建立关系不仅仅是出于眼前的考虑，而且也是出于更长期的医疗实践观点的一个切入点。在许多情况下，医患之间的关系，由一次会谈而拓展开来，经过许多次会面后而延伸为持续的关系。（Leopold 等，1996）历经数年而发展起来的医患间相互信任的关系，被很多医生看成是他们工作中最好的奖赏。

患者希望他们的医生医术高超，知识丰富，但是他们也需要能和医生建立关系，感到被理解，感到在逆境中得到支持。对建立关系的关注会得到潜在的回报，患者对医生更加满意，而医生的挫折感则会减少，对工作也更加满意（Levinson 等，1993）。

建立关系的日益重要，不仅体现在医患咨询的情况下，而且体现在医疗卫生保健提供者之间。Hoffer Gittel（2003）在她的书中报告了一系列研究，其研究结果说明了关系对于航空公司实现更好业绩的力量。她的书中有一章讨论了一项大型研究（Hoffer Gittel 等，2000），是她和她的同事们对九家医院（分别位于波士顿，纽约，达拉斯）关节置换手术的效率和结果进行的比较。这些医院中有一些投入大量资金用于雇用员工并随后培训其“有关的能力”——即与他人协作实现共同目标的能力。其他医院则代之以寻求最高素质的个人——这些医院忽视关系能力的倾向在聘用医师时则最为明显。这一研究发现，在不同的医院之间，那些能够显著改善患者治疗进程的医疗服务提供的关系协调能力，存在显著差异。为说明这一点，Hoffer Gittel（2003：p.48）报告说，关系协调能力增加100％，可使住院时间缩短31％，患者感受到的服务质量提高22％，术后无痛增长7％，术后活动性提高5％。正如 Hoffer Gittel 等（2000）所总结的，需要高水平的专门技术岗位上的那些人，也需要高

水平的关系协调能力，以把自己的工作与他人相整合。这项研究的一个参与者是这样说的："我们现在已经从患者将医生个体视为服务提供者，转向患者将整个系统视为服务提供者……它不再只是某个医生的卓越才能体现，而是一种共同协作的努力。"

因此，在医疗卫生领域，关系建立的技巧和关系协调的能力。不仅对医患接诊咨询，而且对医疗服务提供者之间的关系，也很重要。不论是与患者还是与同事，我们都同意 Hoffer Gittel 所说的，关系能力非常必要，有利于发挥专家个人的潜在作用。这一章着重讨论在医疗咨询中，医生与患者之间如何建立关系，但是我们在此阐述的技巧，也适用于其他更广泛的医疗卫生领域里的关系建立——例如，与同事之间或者患者的其他重要关系人之间。

之前的一些章节主要着力阐述以关系为中心的医疗保健。源自生物心理社会模式，类似于以患者为中心的医学模式。以关系为中心的医疗服务模式被认为引入了更加人性化、定位于伙伴关系的医疗保健方法（Suchman 等，2002）。这是一种将关系置于治疗过程核心的医疗和康复方法。这种将接诊咨询和更广泛的医疗卫生情况概念化的方法，有助于将注意力集中于患者、医生、家属、其他卫生保健提供者及其机构和社区之间建立关系的最基本需求上面（Tresolini 和 Pew-Fetzer Task Forece，1994）。它认识到医患沟通和医患关系发生在社会群体的背景下，因此不仅受到个人的需求和技巧的影响，也受特定社会群体的政策和程序里所反映出来的价值观，以及群体里的人们对待彼此的方式的影响（Suchman，2001）。

我们在整个这一章讨论的技巧和概念，连同那些与建立关系有关、特别是对接诊咨询的连续性任务有关的技巧和概念，为医师们提供了加强其沟通能力的方法，以及进行以关系为中心的医疗的能力。正如 Hoffer Gittel 所说："第一步是要成为一个有人情味的人——第二步则是不仅要找到日常工作中保持人情味的方法，还要学会在非常危急的时刻也能做得到。"

5.2 沟通中的问题

媒体中有相当多的患者对医患关系不满意的报道。许多文章也评论说，医生缺乏把患者看作一个有个人担忧和希望的人来理解。也许最令人震撼的还是那些医生所写的文章，他们发现他们自己并不是患者所期望的角色。许多这样的文章现在都被发表于诸如《英国医学杂志》中的"个人观点"等系列栏目里。他们经常聚焦于诸如医学不人道、医生缺乏关爱和支持等问题的突然揭露。让我们医生通过自己的患病体验来提起我们对此问题的关注，真是太令人

羞愧了。

从最早的有关医学沟通的研究来看，关系问题突出的特点是预示着不良后果。Korsch（1968）在洛杉矶对800次儿科非预约门诊进行的一项影响巨大的研究中发现，医生缺乏热情和友好是与患者满意度及依从性较低相关的最重要的变量之一。

Poole和Sanson-Fisher（1979）指出，医学教育中在建立关系的技巧拓展方面存在严重的问题。他们认为，不能假定医生有能力可以设身处地地与患者沟通，也不能假定他们在接受医学培训期间就能获得这种能力。他们发现，无论是一年级还是最后一年的医学生们，这种设身处地沟通的能力都很差。他们还指出，精神科住院医师通常被认为可能在学习期间培养过此类技巧，但同样欠缺这种设身处地沟通的技巧。

许多评论家将医生们掌握不好建立关系的技巧归罪于医学生和住院医师在医疗培训中总是被教导保持“不要投入”（“uninvolved”）。正如我们在第三章所看到的，传统的临床方法以科学推理为基础，崇尚临床的冷静超然。医学生在客观性和技术性的环境中成长。他们被教导关注内在的疾病机制，而代价是忽视了对患者个人的理解。在传统的医学教育中，更多强调的是需要保护自己免受医疗实践中强烈情绪的伤害，因为这种感受对医患双方来说都是痛苦的。不动声色的客观性被荐为一种应对机制。在这种环境下，建立关系的技巧显然不可能得到很好的发展。

Suchman和Williamson（2003，人际沟通）对医学院如何影响学生沟通技巧的提高提出了更深刻的看法：

医学生们首先并且最重要的是从他们的耳闻目睹而不是从书写的课程大纲中学习。假如他们目睹了尊重与合作的互动，体会了倾听，设身处地和支持，并且如果他们看到了以好奇的询问和对话而不是冲突与支配所带来的差异，那么这些互动就会形成他们对医疗关系属性的期待。但是如果相反，他们看到的是医疗中的权势特征常规性地陷入彼此之间或医患之间无治疗功用的、甚至负面的关系；如果看到他们的导师们强调专业技术知识高于其他一切的重要性，特别是高于自己和他人；如果他们体会到将受辱和蒙羞看作医学教育学的标准技术，那么他们将会对其终身的医学实践形成一个截然不同的模板。

5.3 目标

我们寻求实现与患者建立关系的目标可以总结如下：

- 创建和谐氛围，使患者感到被理解、被尊重和支持。
- 建立起医患之间的信任，为治疗关系打下基础。
- 努力营造一种环境，使会谈从开始到信息采集、解释与计划，都能最大化地准确、有效。
- 使支持性的咨询本身成为目的。
- 建立和维持一种长期、持续的关系。
- 使患者参与其中，以便他或她能够理解，并感觉舒适地完全参与到咨询过程中。
- 减少医患之间潜在的冲突。
- 增加医生和患者双方对接诊咨询的满意度。

这些目标包含的许多任务和观点，在其他著名的接诊咨询指南里也有所提及。

- Pendleton *et al*.（1984，2003）

——建立或维持与患者之间有助于实现其他任务的关系。

- Neighbour（1987）

——联系：建立与患者之间的和谐默契。

- AAPP 三功能模型（Three-Function Model）（Cohen-Cole，1991）

——构建和谐气氛、回应患者的情绪。

- Bayer 研究院卫生保健沟通 E4 模式（Keller and Carroll 1994）

——使患者参与。

——设身处地地与患者沟通。

- 讲授和评估沟通技巧的 SEGUE 框架（Makoul 2001）

——理解患者的看法。

- The Maastricht Maas Global（van Thiel and van Dalen 1995）：

——情绪。

——灵活性。

- 医患沟通的要素：Kalamazoo 共识声明（2001 年 Bayer-Fetzer 会议的与会者医学教育中有关的医患沟通）

——建立关系。

- 健康沟通的 Macy 倡导模式（Kalet 等，2004）

——建立关系。

- 以患者为中心的医学（Stewart 等，2003）

——增强医患关系。

5.4 技巧（表 5-1）

表 5-1 建立关系的技巧

使用恰当的非语言沟通

- 表现出适当的非语言行为：

——目光接触，面部表情

——姿势、位置、举动

——声音线索，如语速、音量、声调

- 笔记的使用：假如要读、写笔记或使用计算机，要注意用一种不干扰谈话或和谐气氛的方式
- 提取患者的非语言线索（身体语言、语音、面部表情）；验证并适时予以认可

建立和谐氛围

- 接受：接受患者观点和感受的合理性；不是评判性的
- 设身处地（移情）：使用设身处地的方式来沟通对患者的感受或处境的理解和认识；公开地认可患者的观点和感受
- 支持：表达关心、理解、帮助的意愿；认可患者所作的努力和恰当的自我照顾；提供伙伴关系
- 敏感性：慎重处理令人尴尬和烦恼的话题以及身体痛楚，包括与体格检查有关的问题

使患者参与

- 分享想法：与患者分享想法，鼓励患者的参与。（例如，“我现在正在想的是……”）
- 提供基本原理：解释问题或者身体检查方面的基本原理，以免显得主观臆断
- 检查：在体格检查期间，要解释过程，征求患者许可

5.5 建立关系需要教“什么”和学“什么”：技巧的依据

接下来我们要详细考察表 5-1 中所列的建立关系的各个技巧，并且探讨能证实它们在接诊咨询中的作用的理论和研究证据。

5.5.1 使用恰当的非语言沟通

对于非语言沟通在整个医学会谈中的重要性，无论如何强调都不为过。我们需要像关注我们的语言影响一样多多关注与患者非语言互动的效果（Friedman，1979；Hall 等，1995）。非语言沟通需要对两个密切相关的部分加以考虑：

（1）患者的非语言行为

（2）医生的非语言行为

作为医生，我们需要从患者的说话方式、面部表情，情绪和身体姿势中识别出非语言线索。但是我们也需要意识到我们自己的非语言行为，医生如何运用目光接触、身体的位置和姿势、举动、面部表情和声音的使用等，都会影响接诊的成功。表 5-2 列出了各种作用于非语言沟通的行为和线索（Mehrabian 1972；Gazda 等，1995）。

表 5-2 什么是我们所指的非语言沟通？

- 姿势：坐，站，挺直，放松
- 接近：空间的使用、交流者之间的物理距离和位置
- 触摸：握手，拍抚，体检时的身体接触
- 身体举动：手和胳膊的姿势，坐立不安，点头，脚和腿部的移动。
- 面部表情：扬眉，皱眉，微笑，哭泣
- 眼部行为：目光接触，注视，瞪视
- 声音线索：音调，语速，音量，节奏，沉默，停顿，语调，言语错误
- 时间的使用：早，晚，按时，超时，匆忙，反应迟缓
- 身体仪容：种族，性别，体型，衣着，打扮。
- 环境线索：地点，家具布置，灯光，温度，颜色

5.5.1.1 语言和非语言沟通之间差别是什么？

语言沟通和非语言沟通之间有何差别（Verderber and Verderber 1980）？

- 语言沟通是离散的、有清晰的终点——我们知道信息何时结束。相对而言，非语言沟通是连续的——只要双方还在场，它就在继续。我们无法停止非语言沟通（Watzlawick 1967）——甚至当人们都沉默的时候，空气中依然充满着信息。令人尴尬和令人舒适的沉默之间的差异就是由我们的非语言沟通所介导的。

• 语言沟通只能以单一的模式发生，或者是听觉（讲话）或者是视觉（书写），而非语言沟通却能够同时以几种模式发生。我们可以同时发出和接收表 5.2 中所列的全部非语言线索；我们的所有感官都能立即接收信号。

• 语言沟通大多在主动控制之下，而非语言沟通则在我们清醒意识的边缘或之外进行。非语言沟通可服从有意的调控。例如，我们有意识地利用发自声音、身体、头部和眼部运动的非语言暗示，以帮助谈话中合作式的轮换发言。但是，非语言沟通也会在非意识层面上进行。我们的非语言沟通可能向接收者"泄露"一些我们没有意识到的自发的线索，从而可能比经过慎重考虑过的语言评价更好地体现我们的真实情感。DiMatteo 等（1980）已经指出，身体姿态和动作在这方面尤其真实。

• 语言信息对于沟通信息的不连续片段和传递我们的智力观点及想法方面更加有效。相反，非语言沟通是负责沟通态度、情绪和情感的最主要的渠道，传达了我们表现自己的方式，以及如何发生关系。相当多的关于喜好、响应和支配的信息是由非语言而不是语言方式所提供。当有些人不能或不愿意公开地用语言表达感受时——例如，当文化禁忌强行反对与上司意见不一致时，或者当文字不足以描述爱、悲伤或痛苦时，非语言沟通发挥着日益重要的作用（Ekman 等人 1972；Mehrabian，1972；Argyle，1975）。

5.5.1.2 为什么理解非语言沟通可使接诊咨询的效果有所不同

非语言沟通可以强调、限定修饰、调节、替代或抵触语言沟通。在大多数情况下，语言同非语言沟通一起运作，互相加强。非语言暗示可以通过强化语言信息，而使语言信息更为准确和有效地传递。例如，在医生总结并询问"**我说的对吗**"之后，患者说"**对，正是如此**"并且微笑，身体向前倾，使用活泼的声音；或者当患者谈及她对手术的恐惧时，目光向下看，语速缓慢并且玩弄自己的手指。

当我们失去伴随性的非语言确认时，我们的语言谈话更容易被误解。通过电话沟通时我们曾经遭遇到很多问题，因为此时我们失去了太多的非语言线索。

在我们的语言沟通中，可以有意使用非语言沟通来减少不确定性和误解。"**你对那个计划满意吗?**"，伴之以目光接触、双手摊开，以及一种询问的面部表情，会显示出你真正的兴趣。换一种形式，也说相同的话，但伴随着合上笔记本、双手在桌上重击，快速看一眼患者然后离开，都提示着你并不想知道答案是否是不。

从上一个例子可以看出，两种渠道也会互相抵触。沟通研究表明，当两者

不一致或相抵触时，非语言信息会压倒语言信息（Koch，1971；McCroskey等，1971）。如果语言表述是**“告诉我你的问题”**，但非语言线索却是语速快而且看起来焦躁不安，患者此时会做出的正确解读是今天时间很紧。如果医生说没什么可担心的，但是发出这个语言信息的讲话却犹犹豫豫，患者则会推测，医生可能有所顾虑，对一些信息有所保留。然而，这个普遍规律可能只适用于正常的成年人。年幼的孩子、情绪失常的成年人或青少年，在面对冲突或不一致时，趋向于相信语言信息（Reilly和Muzarkara，1978）。

非语言行为的进一步使用涉及社会互动的强化理论（Mehrabian和Ksionsky，1974）以及非语言同步化（DeVito，1988）。人们倾向于按照强化他们普遍期望的方式行动。人们也会以彼此的非语言行为为镜，或进行模仿——举止或谈话同步化——作为一种亲近的姿态。医生可以利用这些概念来获得优势，首先通过预想一个积极的体验，其次通过模式化放松的专心倾听技巧。患者对这些行为无意识的反射和强化会使得他们也能放松和更专心。通过自己的行为，我们可以积极地影响他人。另一方面，如果我们毫无兴致地行动，我们的非语言行为会被患者提取到，沟通就会变糟。

5.5.1.3 非语言沟通使接诊咨询发生变化的研究证据是什么？

Harrigan等（1985）指出，直接面对患者的医生，如果有更多的目光接触并保持打开的手臂姿势，就会被认为更能设身处地、感兴趣和热情。

Weinberger等（1981）在对医院的内科门诊所做的一项研究中，报告了患者满意度和医生的非语言沟通之间的一种正相关关系，其非语言形式表现为在信息采集阶段医生的点头、姿势以及医生和患者之间更近的距离。

Larsen和Smith（1981）指出，在家庭医生中，由触摸、更近距离、前倾、身体朝向和注视所界定的非语言行为的直感性，与患者满意度和患者理解度相关。

Hall等（1981）使用语音过滤技术将语言信息与声音暗示分开。在电子处理过的录音中，可以听到声音表达但文字内容听不到。研究表明在家庭和社区诊所中，患者和医生通过声音质量互换彼此的情绪。如果一方看起来满意、愤怒或焦虑，另一方也会如此。这种互换在过滤的语音中比在未过滤的语音或书写稿中表现得更为明显。作者推断，许多在互动中得到积极回应的情感沟通是通过非语言暗示进行的。他们也显示出与患者满意度相关的语言和非语言渠道的差异。使用显示更少焦虑和更多同情词语的语言信息，与较高的患者满意度有关。相反，更气愤或焦虑的非语言信息会降低患者的满意度。类似的发现也见于患者对约定时间的依从性方面。作者发现，被患者解读为生气和焦虑的

非语言线索，却会被医生解读为关心和严肃。显然，语言和非语言渠道提供了非常不同的情感信息。

Hall 等（1987）指出，在初级卫生保健医生中，那些给予患者很多信息的人，他们的音调也得到独立观察者的较高评价——他们更感兴趣，更关切而且更少令人厌烦。相反，给出较少信息的医生花更多的时间开玩笑，但是声音却被认为令人厌烦或平淡。作者再次总结指出，医生声音中的焦虑会被理解为焦急的关切。这种解释与 Kaplan 等人（1989）的研究结果很切合，关于这一点我们将在第 6 章详细讨论。他们发现，医生和患者双方表达出的“负性情感”关系到更好的健康转归。作者总结指出，这可能体现了“健康的摩擦力”，或者可能是更致力于患者的医生看起来更焦虑或关切。

DiMatteo 等（1980，1986）指出，在客观实验室，通过面部表情和声音（“编码”）进行情感沟通能力的测试，那些得分高的住院医师和全科住院医师，他们的患者更满意他们的治疗，而且更为有趣的是，他们的预约单上有更多的患者！在识别患者非语言线索含义（“解码”）的能力测试中得分高的医生，对患者也更满意，并保持较好的预约率。

Goldberg 等（1983）研究显示，建立目光接触的全科住院医生，更易于观察到患者的情绪低落。

Ambady 等（2002）的研究，显示了对外科医师的“音调”评价与他们的医疗过失投诉史之间的关系。外科医生在办公室对患者讲话时被录音，然后选取非常简短的谈话样本，由不知道该外科医生投诉状态的编码者进行评价。对每位外科医生，从他们与两名不同患者谈话的第一分钟和最后一分钟中截取两个 10 秒钟的片段。与没有投诉历史的医生相比，那些先前有投诉记录的外科医师，通过他们声音中对内容的控制，较高的支配性和较低的关切/焦虑，就可以很明显地被辨别出来。这项研究凸显了医学互动中声音暗示的威力。

Griffith 等（2003）考察了内科住院医师的非语言沟通与标准化的患者对会谈满意度之间的关系。结果发现，非语言沟通技巧（面部表情，微笑频率，目光接触，点头，身体倾斜，身体姿势和音调），可以独立预测三种非常不同情况的标准化患者的满意度，即直言不讳、以“医学”问题为主（如胸痛患者）；有较多心理社会因素影响的患者（有性虐待史的抑郁症患者）；和前来咨询的患者（如咨询减少 HIV 危险因素）。非语言沟通的影响程度是实质性的，预测了胸痛患者满意度中 32%的变异，抑郁/性虐待患者满意度中 23%的变异，以及 HIV 咨询满意度中 19%的变异。作者总结指出，在与标准化的患者进行许多不同类型的临床谈话时，较好的非语言沟通技巧与明显高的患者满意度相关。

5.5.1.4 那么医生的教训是什么?

医生们因此需要注意患者以及他们自己的非语言行为。

(1) 读懂患者的非语言线索

如果希望理解患者的感受，那么能“解码”非语言线索就至关重要。医疗卫生的文化规范会妨碍患者用语言表达他们的感受——患者不愿意公开表达他们的思想或感受，而代之以间接的或暗含的信息（参见第6章）。因此非语言信息可能是少有的几个线索之一，使医生得知患者希望讲出他们对问题的担忧。

但是，仅仅因为发出了代表真实感受的自发线索，并不意味着你通过简单地注意到他们就可以准确地解释这些线索——有很多的因素会导致在接收非语言线索中的歪曲和误解。为保证准确地解释这些**非语言**行为，重要的是不仅要仔细观察，而且要通过**语言**证实自己的理解。你的解释和假定可能正确或不正确——这需要与患者进行核实验证。验证你的推测，会鼓励患者进一步说出他们的想法或感受，从而双倍获益——医生和患者都可以避免可能的错误解释，并发现更多的信息。

在第3章我们已经讨论了提取非语言线索并用语言进行验证的技巧（“你看起来很不安——愿意谈谈吗?”）。

提取非语言线索，不仅有助于医生理解疾病对患者情绪上的影响，而且对于诊断的正确性也有重要的意义。读懂抑郁的非语言线索，就是诊断这一疾病本身最重要的内容（Hall等，1995），因为只有通过非语言渠道才暗示出的情绪问题，常常是躯体症状的根本原因。

(2) 传达医生自己的非语言线索

同样的，如果不注意医生自己的非语言沟通技巧以及通过非语言渠道传达的信息（“编码”），其他许多为沟通所做的努力可能都会白费。如果你的语言信号和非语言信号互相矛盾，最小的风险是陷入混乱或被错误理解，而最糟的是非语言信息会胜出。通过目光接触、姿势、位置、动作、面部表情、时间限定和声音显示出的非语言信号，有助于显示对患者的关注，也有利于帮助关系的形成。相反，无效的关注行为会关闭这种互动，并妨碍关系的建立（Gazda等，1995）。另外，患者和医生之间权力和控制的不对等会使患者格外注意关于医生的态度和含义的非语言线索。患者极少要求通过话语证实他们所提取的线索，并且通常把他们的印象主要建立在非语言信息的基础上。

5.5.1.5 笔记和电脑的使用

在所有的非语言技巧中最重要的技巧之一是目光接触。但是在接诊中，医

生经常在患者说话时参阅患者的文字或电脑病历记录，从而失去目光接触。在英国进行的一项全科医师的定量研究中，Health（1984）考察了医生尝试在阅读患者病历的同时倾听患者说话的后果。她指出，这样做非但效率没有提高，而且出现完全相反的结果：

- 患者停止了一开始对医生询问的答复，直到给予目光接触；
- 当医生看笔记时，患者会在叙述中暂停，而在重获目光接触后才继续进行；
- 如果医生在患者说话时去看笔记，患者会通过身体动作来获取医生的注视；
- 在医生看别处时，患者说话的流畅性下降，而在目光接触重新建立时恢复；
- 医生在阅读笔记时，经常遗漏或者忘记患者所提供的信息。

目光接触可以使患者推断医生准备参与并倾听。如果没有目光接触，患者就会做出非语言努力，以争取医生重新注视他，这样所提供信息的质量和数量会下降。这项研究得出结论，在患者说话的时候阅读病历记录，对医生和患者而言都不是进行接诊的有效方式。患者会更慢且更不完全地给出信息，医生可能“听”不到所提供的信息。Health 推荐了许多策略，用于克服既要倾听患者的故事，又要阅读他们的病历记录这一普遍问题：

- 有意推迟使用病历记录，直到患者完成他们的开放性陈述；
- 在看笔记之前要等待时机；
- 将倾听与阅读笔记分开，在你想看记录和已经看完记录时，通过过渡提示语言给患者以提示，使患者理解该过程。

这些发现最近已被 Robinson（1998）和 Ruusuvuori（2001）的研究所再现。Ruusuvuori 优雅地显示了身体位置和目光接触如何一起暗示医生是否专注于倾听患者的讲述。下半身而不是桌子面对患者的位置更有益于使患者更顺畅地讲述他们的故事。如果下半身依然面向患者，同时收回目光看记录，要比全身面向桌子看记录，造成的危害会更小一点。Ruusuvuori 还指出，在一些关键时刻，当患者讲述对他们来说特别重要的内容时，收回注视的目光更会制造混乱。在会谈中无需一直保持目光接触（医生也确实需要不时地看病历记录），但是在患者叙述中的特定之处，目光接触非常重要。

在接诊中，医生开始越来越多地使用计算机辅助手写病历，在很多情况下，计算机完全取代了手写记录。尽管使用计算机会带来很多好处（Mitchell 和 Sullivan 2001；Booth 等 2002），但在这种情况下，医生更要注意目光接触和身体位置，以保证有效地接诊。(Greatbach 等 1993)。在接诊咨询中配合使

用计算机可给沟通带来以下益处：

- 分享信息（比如一个心血管危险因素的表格）；
- 促进讨论（**“我看该再测量你的血压了——今天再量一次行吗?”**）；
- 记录达成一致的诊疗计划和随访。

5.5.2 构建融洽的氛围

5.5.2.1 接受

在第3章我们看到了理解患者看法的重要性。我们考察了引出患者的想法（他们的意见、担忧和期望）以及记录他们感受的需要。但是发现了患者的想法和感受之后，我们的第一反应应该是什么？Briggs 和 Banahan（1979）提出的**接受**这一概念很有用。它建议：我们对患者所表述的看法的最初反应不应该是立即安慰、辩驳或甚至同意，而应该是对于患者的贡献给予一个“接受性反应”。

（1）接受性反应

也称为“支持性反应”或者其他文献提到的“认可性反应”，接受性反应提供一种实用且特殊的方式：

- 非评判性地接受患者所说的话
- 承认患者拥有自己想法和感受的合理性
- 重视患者的作用

接受性反应承认并接受患者的情绪和想法，无论这些想法或情绪出自何处，也无论它们是什么。注意，这里所说的接受并不意味着你必须同意患者的想法，而是让你去听并且承认患者的情绪或者观点。这种方法对于建立医患关系很有效，因为它通过对患者看法的共同理解而建立一个医生和患者之间共同的基础。接受是信任之源，而信任是成功的医患关系的基石（Gibb 1961；Briggs 和 Banahan，1979）。

一开始就不加评判地接受患者的想法和感情可能并不容易，特别是当患者的想法和你的认知不一致时。但是通过承认和重视患者的观点，而不是立刻用你自己的意见去反驳，你就可以给患者以支持并增进与患者的关系。在此关键的概念是，承认患者有权力拥有自己的想法和感受。这样有助于患者理解，他们对患病有自己的想法和情绪不仅是合理的，而且向作为医生的你表达出来也很重要，这样医生就能意识到并重视患者的想法和需求。

（2）接受性反应的功能

接受性反应有三个重要功能：

① 支持性地回应患者对感受或想法的表述；

② 作为一种辅助性的回应以更好地理解患者的想法和感受；

③ 重视患者和患者的意见，即使他们的感觉或担忧看起来并不正确或者甚至是错误的。

(3) 接受性反应的技巧

下列一组技巧可以循序使用，来表明对患者的接受。在这个例子里，患者表达自己的想法说：**“我想我可能得癌症了，医生。最近我胃肠胀气得难受。”**

- 通过命名、重申或总结，承认患者的想法：**“所以，你担心你胃肠胀气是癌症引起的”**
- 通过使用一些正当的点评，承认患者有权利这样去感受或思考：**“我能理解你想查清楚是不是这回事”**
- 到达一个“句号”；使用专心的沉默和恰当的非语言行为，制造一个空间，让患者更多讲述：**“是的，医生，你看我的母亲在40岁时死于肠癌，我记得她经常胃肠胀气，我很害怕也得这个病”**
- 避免反驳的倾向：**“是的，但是……”**

虽然不是每一个接受性反应的必需部分，但也会有助于：

- 承认患者向医生表达他们自己的观点很有价值**“谢谢你告诉我这些——这对我了解你的担忧非常有帮助”**

(4) 对公开的感受和情绪作出反应

在以上的例子中我们运用接受性反应来回应患者的观念。接受和我们对感觉和情绪的最初反应同样重要。比如，当一个丧偶患者说起她死去的丈夫，“我对他很生气，他怎么能这样丢下我不管？他甚至没有留下遗嘱”，这时可以考虑这种接受性反应。

> 医生：“所以，你对丈夫丢下你不管并且没立遗嘱而生气。我能明白这肯定让人心烦意乱。”
>
> （暂停——一个“句号”，给患者时间和空间继续诉说）
>
> 患者：“是的，是这样。我很孤独，而且很生气他没和我在一起，后来我又为生他的气感到内疚。我是不是疯了，医生？”
>
> 医生：“这些是需要处理的强烈情绪——我很高兴你能提到这些。”
>
> （暂停）

(5) 对非直接表达的感受和情绪的回应

下面两个例子说明，当患者的感受和情绪不直接表达时，接受性反应也会有用——比如：只是通过非语言的行为表达。这里我们可以将提取患者感受的线索（在第3章讨论过）与接受性反应结合起来。

"我觉得你对不得不来见我感到心神不安（医生是血液病科专家），我说的对吗？……没关系，很多人第一次来这里时都有这种感觉。"

（暂停/句号）

或者

"我看你对这些检查结果很高兴，我也很高兴检查结果这么好。"

（暂停/句号）

接受性反应的一个重要部分，就是在最初的承认之后，来一个**句号**，短暂而专注地在沉默中等待，避免说"是的，但是……"，这会自动否定接受。这对我们大多数人来说是个下意识的反应。我们都太热衷于帮助而不是等待，因此我们会说"是的，但是……"，然后继续提出我们的观点，或者纠正错误的想法，或者在给患者机会去感受接受或更进一步说些情况之前就安慰他，让他放心。所有这些都可以过会儿再做，也许放在访谈相当靠后的时候，在患者有机会对我们接受的表述做出回应之后，再去做这些。当然我们必须去纠正、建议并安慰患者——问题是什么时候。

假如我们画个句号而不是加上"但是……"的句子，情况会怎样？通常患者会报之以简要地和盘托出已经被承认的任何想法或感受，分享他的负担或者愉悦，"回到"一种不太压倒一切的观点，从而使他们可以更多谈一点，或者继续专注于其他事情。

（6）接受不是同意

区分接受和同意非常重要。承认患者想进一步手术治疗和同意施行手术不是一回事。这是一个两步骤的过程。首先，要确定和承认患者的想法而不是立即予以反驳，这将使你能够理解患者而不会激起最初的抵御。假如患者的想法和你自己的想法不一致，那么在接诊过程的稍后，经过适当的考虑之后，进行第二步——提出你自己的看法，纠正任何误解。

试想例如，如果前面例子中的患者是一个 20 岁男性。对比下列几种针对他所说的**"我想我可能得癌症了，医生，我最近经常胃肠胀气"**可能的回答：

医生："哦，我们都会有胃肠胀气，但是在你这样的年纪，这不会是癌症的信号，你到底注意到什么不舒服？"

患者："好的，我只是感觉饭后肚子比较鼓胀，并且在晚上不停地排气。"

医生："这听起来没什么可担心的。"

这种处理方法贬低了患者观点的重要性，尽管这种方法极有可能正确，但

是这种让患者放心的保证在接诊咨询中给得太早，以至于让患者不能接受，而患者以后也不会被鼓励提出自己对疾病的观点。

我们可以换一种方法，遵循前面提到的计划：

> 医生："所以你担心胃肠胀气可能是由于癌症引起的。"
>
> （暂停）
>
> 患者："是的，医生，你看我妈妈就是在40岁死于肠癌，我记得她就是经常腹胀。"
>
> 医生："我明白你的担心了——我们要仔细检查。告诉我你还有哪些症状，然后我会做一些检查来看看你是否正常。"

在此，要强调的是听取患者的担忧的重要性，不要去反驳患者的观点，或者过早地给予安慰。你可以过一会儿再解释和纠正错误概念。

在第3章我们介绍了发现患者观念的三步过程，接受是其中的第二步。

① 确定：发现并倾听患者的意见，担忧和期望

② 接受：承认患者的观点以及他们拥有这些观点的权利而不必同意他们的观点；然后停顿一下，以便患者可以说得更多。

③ 解释：解释你对有关患者的问题的理解，以达到双方共同理解的基础。

接受使我们有可能保持对患者开放，它排除了判断性的评论。强化了心中一个试探性的框架，防止不成熟的结束或防御性的反应，并代之以建立双方共同理解的基础。这为最终的变化留有余地。

（7）过早安慰的问题

接受还能够使我们避免陷入不成熟的安慰保证。简单的安慰本身并非一种有效的支持性反应（Wasserman 等，1984）。但经常是在获得足够的信息之前、在患者的担忧被了解之前、在融洽的关系建立之前，就给出了许多安慰。如果我们没有能首先获得足够的信息，那么安慰听起来可能虚假，或者事实上是不太恰当的乐观。如果我们没有理解患者的恐惧，我们就可能针对错误的担忧做出解释说明。如果我们还没有与患者建立融洽的关系，那么安慰就很可能被解释为无动于衷，或是轻率随意。最后，如果没有合适并且相关的信息支持我们的安慰，患者就不会理解我们断言的基础（Kessel，1979）。接受避免了过早的安慰。通过发现和接受患者的担忧，建立信任，并可在提供意见之前，得到更多的有关患者疾病的信息和他们的担忧。那时再谈到安慰则合乎时宜，也会被恰当地解释，并且切合患者的担忧。

在收集进一步的信息或预约检查之前，我们可能还没有到能向患者提供保证没什么可担心的地步。但是我们还是有很多可以提供。我们可以接受患者的

担忧，并以其他更恰当的方式使用安慰。我们不是针对患者的疾病给予安慰，而是可以通过向他们表达我们的意愿——我们希望和患者一起努力来表明我们的支持，并对他们的担忧给予认真的关注。

5.5.2.2 移情（设身处地）

建立医患关系的一个关键技巧就是使用移情（设身处地）（Spiro，1992）。在接诊咨询的所有技巧中，这项技巧最经常地被学习者认为是一种个性而不是技巧。虽然我们中有些人在表现移情方面可能天生比别人更好，但移情这一技巧是可以学的。挑战是要找出构建移情反应的各个要件，并且使学习者将移情的各个要素整合成自己的自然风格，使其看起来无论对医生还是患者都是真诚的（Bellet 和 Maloney，1991；Platt 和 Keller，1994；Gazda 等，1995；Coulehan 等 2001；Buckman，2002）。

移情分为两步过程：

- 对另一个人的困境或感受的理解和敏感的体谅；
- 用一种支持的方式，将你的理解再回过来与患者沟通。

移情的关键不只是敏感，而且要公开地向患者表明这种敏感，以便让患者能意识到你的理解和支持。仅仅设身处地地去想是不够的——你还必须表现出来。表现移情能克服个体在疾病时的孤独感，其本身也有很强的治疗功效。它还能强有力的促进开放，使病人吐露更多的想法和担忧。那么移情反应有哪些构成要件呢？

（1）理解患者的困境和感受

我们在本书中讨论的很多技巧，都是向患者表现出我们是真正有兴趣听取他们的想法。这些技巧共同提供了一种气氛，能促使患者吐露心声并使移情的第一步——理解患者的困境——得以实现。

- 热情欢迎患者
- 理清患者的议程和期望
- 专心倾听
- 辅助，特别是通过复述患者的内容和感受并重复
- 鼓励患者表达感受和想法
- 提取线索，核对我们的解释或者推测
- 内部总结
- 接受
- 非评判性的反应
- 运用沉默

- 鼓励患者平等地贡献
- 提供选择

已经建立了一种利于让患者吐露心声的气氛之后，医生就必须提取患者的语言或非语言线索，意识到他们的困境，并考虑他们的感受和情绪。Suchman 等（1997）进行了一项研究，对不同环境下的医学访谈进行描述性定性研究。结果显示，患者很少用语言直接表达他们的情绪。作为替代，他们会在陈述他们的处境或者担忧时提供一些暗示。医生们需要提取这些“潜在的移情机会”，通过邀请患者发挥（一个“潜在的移情机会的延续剂”），以便让患者直接表达他们的情绪担忧。只有这时，医生们才能以设身处地的沟通来回应。在很多情况下，研究中的医生们会使用“潜在的移情机会终结者”，用一个不相关的生物医学问题或者评论来重新指引会谈的方向，从而阻止了患者情绪的表达。Levinson 等（2000）研究有相似的发现，外科医生积极回应患者暗示的仅有38%，而在初级卫生保健领域，仅有 21%，剩下的就都错过了回应患者暗示并且认可他们感受的机会。

(2) 与患者进行设身处地的沟通

上边概括的这些技巧还没有完成移情的第二步，即将你的理解再回过头来与患者沟通，以便他们知道你认识到并能灵敏的感受到他们的困难。在这一方面，语言和非语言技巧都能帮助我们。

移情的非语言沟通胜过千言万语。面部表情、靠近、触摸、语调或者沉默的运用，在回应患者的感受表达时，都能清楚地向患者表明，你对他们的处境很是敏感。但是哪些语言技巧能够让我们显示移情呢？最具移情作用的表述，是那些支持性的评论，特别是将医生的“我”和患者的“你”具体联系起来的评论。他们既点明又体谅患者的情感或者困境（Platt 和 Keller，1994）。

- “我能看出来你丈夫的记忆丧失让你非常难以应付。”
- “我能体会到要你谈论这些有多困难。”
- “我能感觉到你对自己的疾病有多懊恼。”
- “我能看得出你被她的行为弄得非常心烦。”
- “我能理解，知道疼痛还可能不断反复，对你来说一定很可怕。”

没有必要为了移情而去分享一种经历，也没必要亲自去感受那种经历的艰难。然而，有必要**从患者的角度**看问题，并且将你的理解回过来再与患者沟通。移情不应与同情相混淆，同情是感到可惜或者关心，但是**站在患者局外的角度**。

Poole 和 Sanson-Fisher（1979）已经清楚地表明，移情是一种能被学习的

思维产物。他们使用了 Truax 和 Carkhuffz（1967）开发出来的一份九阶段评估量表。这一量表从第 1 阶段（“完全察觉不到客户陈述中最明显的意思；也不能对客户陈述中情绪和内容进行适当反应”）到第 9 阶段（“准确无误且恰如其分地回应客户全部的情感；识别出每一个情绪的细微差别，并反映在话语和腔调里；将客户的隐含暗示全面展开但又对感受或经历试探性地确立，敏感、准确无误”）。Thuax 表明，在这一量表里得分很高的精神科医生实现了转变。

Poole 和 Sanson-Fisher 表明，医学生移情的能力在医学院学习期间没有专门训练不会提高——不论是一年级生还是最后一年的学生在这一量表里的得分都低得可怜（平均值 2.1）。然而，在参加了 8 次 2 小时的音频课件培训后，学生们的成绩显著提高到平均 4.5 的水平（第 5 阶段：对客户所有可辨别的感受做出准确的反应，任何误会由于它们试探的性质都不会是破坏性的）。经过培训之后，学生们也能做到如下：

- 更少使用专业术语；
- 做出明确的努力尝试去理解事件、话语和症状对患者而言的独特含义；
- 不再经常陷入情绪压抑的境地；
- 获得他们患者对问题所在的更多描述；
- 更经常地使他们的语调与患者的语调相配合；
- 更少讲话；
- 更多地以理解的方式进行回应；
- 更少提建议；
- 患者反映（医学生）更善解人意、更关心体贴。

最近，Bylund 和 Makoul（2002）开发了一种新的方法，用于衡量医生——患者间的移情沟通，并且证实，女医生对于回应患者创造的移情机会，倾向于更高程度的移情沟通。

5.5.2.3 支持

其他的几个支持方法也有助于关系建设和融洽氛围的形成（Rogers，1980；Egan，1990）。它们常常被用于完成移情反应：

· 关心

“我担心今天晚上你自己回家，有可能对付不了绷带固定的胳膊。”

· 理解

“我当然理解您对于医院取消了您的手术有多生气。”

• 愿意帮助

> "如果还有什么我能为杰克做的事情，请告诉我。"
> 或者
> "虽然我说我们不能治愈癌症，但我可以帮助治疗癌症所引起的症状，所以，如果发生任何事情，请立刻告诉我。"

• 伙伴关系

> "我们必须一起努力来战胜疾病，让我们一起来看看有哪些可选择的方法。"

• 认可患者为克服疾病所做的努力和适当的自我照护

> "你很好的让他降温了。"
> 或者
> "我认为你在家里处理得很好，尽管有一些相当大的问题。"

• 敏感

> "我很抱歉如果这个检查让您为难，我会让它尽量迅速、舒适。"

这里关键的一点是，我们需要将我们的想法用语言表达出来，并要有支持性。沟通必须是公开，达到真正有效且不会被误解。没有显而易见的明确的评论，患者可能不会充分意识到你的支持。

5.5.2.4 建立和谐融洽氛围的技巧使医疗咨询有所不同的研究证据是什么？

Buller 和 Buller（1987）描述了医生在医学访谈中所展示的两种普遍风格。第一种，是依附关系风格，采用一系列有计划的旨在建立和维持一种积极的医患关系的行为，其中有许多行为在前面部分已经讨论过，包括友好、感兴趣、专注、移情、非评判性的态度以及社会取向。第二种风格包括建立医生的权力、地位、威信和职业距离的行为。当医生采用了依附关系的风格，无论他是专科医师还是家庭医生，患者的满意度都发现有明显提高。

Bertakis 等（1991）在一项对内科医生和家庭医生的研究中表明，患者最满意的医学访谈，是在医生不加支配、表现出友好和兴趣的气氛中，鼓励患者讲出心理社会方面的问题。

Hall 等（1988）在对 41 个独立研究进行荟萃分析后指出，患者的满意度与医生所给信息的数量、技术和人际沟通效力，更多的伙伴关系建设，更积极

的交谈，更积极的非语言行为以及更多的社交会话有关。这些在“建立伙伴关系”和“积极的交谈”之下共同用于群体行为的定义，包括上面所讨论到的很多建立和谐融洽氛围的技巧。

Wasserman 等（1984）分析了在儿科接诊时对母亲们的支持性陈述的效果。他们发现，移情陈述导致满意度提高和母亲担忧的降低。鼓励（例如认可他们克服疾病的努力和自我照护的恰当）导致满意度上升和对临床医生较高的评价。相反，简单的安慰这一最常见的干预对结果不会有任何改善。这证明，不理解患者的担忧或不提供充足信息的安慰毫无价值。

Wissow 等人（1994）发现，儿科医生使用支持性的表述（问候，赞同，关心，移情，鼓励和安慰）与患儿父母者袒露的心理社会问题呈正性相关。

Spiegel 等人（1989）对患乳腺癌转移的妇女进行了一项纵向研究，比较对照组与试验组的情况，试验组患者安排每周一次的支持性表达群组治疗，为期一年。实验组的妇女被鼓励互相提供支持、表达并讨论他们对死亡的感受和担忧、对剩余时间作生命规划、考察她们与其他人的关系、解决医患问题并使用自我催眠辅助疼痛控制。4 年以后，对照组的所有患者都已死亡而实验组 1/3 的患者仍然活着。在 10 年间，参加支持小组的妇女比对照组平均多活 15 个月。尽管这项研究是观察支持性群组治疗的效果而不是医患关系本身，但我们在此报道这项研究是因为它突显了在支持性氛围中表达感受的重要性，以及关系在医疗保健中的力量。它也提醒我们，除了与患者建立可能的最好关系，医生还可以向他们建议支持性群组治疗以及其他能满足其他关系需求的专业人员。

5.5.3 使患者参与

我们在第 1 章所提出的有效沟通的原则之一，是**减少不必要的不确定性**。未解决的不确定性会导致注意力不集中或者焦虑，这反过来又会阻碍有效沟通。例如，患者可能并不明确对一次特定的会谈有什么期待，也不清楚一系列提问的重要性，或者对诊疗团队中某一特定成员的角色、态度、意图或信任度都存在不确定。因此，在接诊咨询中建立关系的一个重要方面，就是运用技巧来限制那些容易阻碍沟通的不确定性。

5.5.3.1 分享思想

通观全书，我们详细讲述了一种医学沟通的体系，就是鼓励医生和患者之间合作性的相互理解。我们已经看到了对患者和医生而言相互理解是何等重要，以及我们可以采取哪些步骤以保证接诊咨询中的沟通是一种互动而不是单

向传递。诸如在信息收集中**使用内部总结**以及在信息给予中**核对验证理解**等技术，不仅可以保证准确性，还可以通过鼓励真正的互动过程，起到促进开放的作用。

适当地与患者分享思想是鼓励患者参与的另一个例子：

> “现在我在想如何分辨出这只胳膊的疼痛是来自你的肩还是脖子。”
> 或者
> “有时候很难判断腹痛是由于身体疾病还是与紧张有关。”

以这种方式分享思想的过程，不仅使患者理解你所提问题的原因，也可以作为辅助探测。

> “医生，我想关于紧张您可能是对的，最近我和我儿子关系很紧张，我不知道怎么办。”

这种公开的方式使患者对会谈过程有所领悟，使他们理解你问题的主旨，并提供一种开放式结尾的方法引出更多的信息。这经常比主观思考困境然后不加解释地列出封闭性问题，更为患者接受：

> “你目前感到紧张吗?”

封闭式问题常常使患者感到不安，是因为隐藏在医生指向选择背后的不确定性：

> “医生认为我只不过是神经质?”

5.5.3.2 提供基本原理

解释问题或身体检查部分的基本原理，是减少不确定性原则的另一个具体的例子。如果不加以解释，我们的许多问题和检查对患者而言是神秘的。在采集有关患者胸痛的病史时，我们问：

> “你睡觉的时候枕几个枕头?”

这对于患者来说显然完全不着边际。医生为什么询问睡眠习惯呢？其实我们完全可以轻松地这样问：

> “你晚上躺平的时候会觉得喘不过气来吗?”
> 假如有必要就紧跟一句：
> “你是不是得枕好几个枕头才觉得好受一些?”

与此相似，假如我们不向患者解释我们为什么给他做检查，我们就会使患者陷入困惑，甚至可能将我们自己置于法医学攻击的境地。一个因喉咙痛来就医的年轻女患者，如果医生不向她解释她可能患有传染性单核白细胞增多症，因此需要检查她的淋巴结是否肿大，那么可能会因男医生开始检查她的腹股沟而感到吃惊。一个坐骨神经痛的男患者，如果医生不向他解释腰椎间盘突出的危险，可能会因医生开始用针检查其会阴而感到担忧。这些例子曾经导致了患者对医生正式的投诉。减少不确定性也能够降低医生的焦虑！

在检查身体期间，征求患者许可来实施每项任务，不仅是一种通常的礼貌，而且也能向患者表明，你对他们潜在困惑的敏感，因此能促进关系的建设。

5.6 总结

在本章中，我们考察了建立关系的技巧，这是一项关乎接诊咨询成功的中心任务。如果不对我们自己或者患者的非语言沟通加以关注，不努力营造和谐融洽的氛围，不在接诊咨询的过程中尽力让患者参与，那么会产生许多问题。不仅我们和患者的长期关系会受到损害，甚至在短时间内我们的患者也会觉得他们得不到理解和支持，会谈的其他任务也将变得难以完成，患者的满意度和忠诚度都将降低。

贯穿整个会谈，在完成接诊咨询的更连续的任务时，医生不得不对建立关系的技巧给予特别的关注。时刻牢记 Calgary-Cambridge 指南中这部分章节里概括出的这些技巧，医生将获得的回报是更准确，更高效和更有支持力的接诊咨询，从而为发展一种信任和富有成效的长期关系铺平道路。

（周利平　译；杨雪松、许静　校）

6 解释与计划

6.1 概述

解释与计划在是沟通技巧教学中灰姑娘式的主题。绝大多数的教学项目都把重点集中在访谈的前半部分，而倾向于忽视或淡化接诊咨询中这一至关重要的下一阶段（Maguire 等，1986b；Sanson-Fisher 等，1991；Elwyn 等，1999）。在某种程度上这种偏颇是可以理解的，因为很多沟通问题都出现在访谈的开始阶段或信息采集阶段。并且，就像我们本章所要阐述的，成功地完成解释与计划的许多技巧，与信息采集的技巧紧密相连——有效的解释，既需要基于对患者问题的疾病方面的信息采集，又需要考虑患者的患病框架，即患者对患病的想法、担忧和期待。

然而，解释与计划对于一次成功的接诊咨询来说却至关重要。如果不能做出一个让患者感觉良好、能够理解并准备遵从的联合医疗计划，那么就算我们能发现患者希望讨论什么，采集到好的病史、具有渊博的知识，都没有用。诊疗方案如果得不到执行，也就浪费了我们在评估和诊断中的一切努力。

如果接诊咨询的前半部分代表了医学沟通的地基，那么解释与计划则代表了屋顶。忽视了这一方面，就可能使我们为查清患者问题而付出的艰苦努力功亏一篑。

6.2 沟通中的问题

研究表明，访谈的解释与计划阶段存在诸多实际困难。事实上，有关这些问题的统计数字，对我们许多日常工作的价值，提出了令人担忧的问题。在此我们从大量证据中只选择了少数几个例子。

6.2.1 医生给予的信息的数量有问题吗？

很多研究都表明，总体而言，医生仅给患者提供很少的信息。

- Waitzkin（1984）研究表明，美国内科医生在长达 20 分钟的咨询访谈

中，平均只用不过1分钟为患者提供信息，而他们却把完成这一任务的时间高估了9倍。

• Makoul等（1995）发现，英国的全科医生过高估计了他们所完成的解释与计划任务的程度，包括：与患者讨论用药风险；讨论患者服从治疗计划的能力；听取患者对药品处方的意见。

• Boreham和Gibson（1978）在一项针对澳大利亚全科医师的研究中发现，尽管患者们在就诊咨询之前缺乏医疗常识，并强烈表达了获得有关他们疾病信息的愿望，但大多数患者甚至没有得到有关疾病诊断、预后、病因或治疗措施的基本信息。

• Svarstad（1974）研究了医生开具处方时对患者的医嘱，结果发现，在20%的病例中医患双方没有进行任何讨论，在30%的病例中医生没有告知患者药品名称和用药目的，在80%病例中没有提到用药次数，而在90%的病例中没有提到用药的疗程。

• 最近，Richard和Lussier（2003）研究了加拿大全科医生与患者之间进行的有关用药问题的讨论。他们评估了40位资深全科医生接诊462名患者时的录音带，而其中的某些发现再现并且扩展了之前的研究结论。以处方新药为例，在75.9%的病例中讨论了用药方法，但很少讨论对药品副作用的警告。只有35.4%的病例讨论了复诊的原因，而有关对新处方遵从问题的讨论仅占5%。

6.2.2 医生所给的信息的种类有问题吗?

我们也知道，医生和患者对不同种类医疗信息的相对重要性存在分歧。

• Kindelan和Kent（1987）在对英国全科医疗的研究中表明，患者最为重视有关疾病诊断、预后、病因等医疗信息，而医生们却大大低估了患者对预后和病因信息的期望，反而高估了患者对治疗和药物疗法的期望。患者的个人信息需求未被引出来。

• 在一项结合患者个人叙述和其他证据的研究中，Anderson和Marlett（2004）观察到医生们为中风患者及家属所提供的信息的性质（而不是信息量），以及患者如何利用这种沟通重建中风后的生活。他们认为医患沟通影响中风的转归——经常因为医生强调患者将可能不再能做什么……而使结果更坏。

6.2.3 患者能够理解医生所使用的语言吗?

许多研究表明，医生不仅使用患者不理解的语言，而且好像还利用它来控

制患者在会谈中的参与。

• Korsch 等（1968）对 800 名儿科就诊者进行了研究，发现儿科医生使用技术性语言（如“水肿”）和医学速记（如“病史”），对于超过一半的就诊者来说存在沟通障碍。患儿母亲们对医生的用语感到困惑，但很少要求医生澄清这些陌生的词。

• Svarstad（1974）的研究说明，医生和患者共同参与“沟通阴谋”。仅有 15%的被访者承认他们不理解医生所用的陌生词汇。反过来医生们侃侃而谈，俨然患者听懂了他们所说的全部。医生们故意使用高度技术性的语言来控制沟通，并限制患者的问题——当医生们感到时间压力时，这种做法经常会加倍出现。

McKinlay（1975）在一项关于英国的妇产科医生的研究中说明，医生们总体上非常清楚患者在理解方面的困难。尽管如此，他们在和患者会谈时，仍继续使用这些他们之前就确定的，不期望患者理解的非常词汇。

6.2.4 患者能记住并理解医生提供的信息吗？

显然，患者不可能记住医生所给予的全部信息，也不可能理解那些困难信息。我们后面还将看到，早期的研究表明只有 50%～60%的信息能被记住。对全科医疗的进一步研究显示，实际上有更多的信息被记住，但真正的困难在于，患者并不总能理解关键信息的含义，而且并不必然赞同医生的观点。然而，Dunn 等（1993）发现，癌症患者与肿瘤医师初次会谈后，只能记住医师确定的“要点”中的 45%。

6.2.5 患者参与医疗决策制定能达到他们希望的水平吗？

Degner 等（1997）研究了到医院肿瘤门诊就诊的确诊为乳腺癌的女患者，发现 22%的患者希望自己选择治疗方案，44%的患者想和他们的大夫一起选择治疗方案，34%想把自己的决定权委托给大夫。只有 42%的妇女认为，她们达到了参与控制决策的相应水平。

6.2.6 患者遵从我们制定的医疗计划吗？

以下的研究结果非常清楚而有益。

• 研究一致表明，获得医师处方药品的患者中 10%到 90%（平均 50%）要么根本不服药，要么不能正确服药（Haynes 等 1996）。

• 许多研究表明患者不遵从医生的建议，其中急性病患者中有 20%～30%不按医嘱服药，预防性用药则有 30%～40%不遵医嘱，长期用药患者有 50%不遵从医嘱，72%需要控制饮食的患者不能遵从医嘱。

- 然而，令人吃惊的是，大夫们倾向于忽视将患者不遵医嘱作为预后不良的可能原因。
- 不遵医嘱的代价特别昂贵。在加拿大，按照每年财政支出 103 亿加元，50％的处方药品没有遵照医嘱合理使用计算，每年因不正确使用或根本不使用处方药品而造成的浪费高达 50 亿加元。因不遵医嘱而导致的更多花费（包括额外就诊、化验检查、额外用药、住院或家庭病房治疗、患者丧失劳动能力或提早死亡等），估计为 70 亿～90 亿加元（Coambs 等，1995）。而在美国则是 1000 多亿美元（Berg 等，1993）。

如想获取更多有关不遵医嘱的信息资料，以下论著提供了该领域研究的优秀综述：Haynes 等，1979；Meichenbaum 和 Turk，1978；Ley，1988；Coambs 等，1995；Butler 等，1996；Haynes 等，1996。

6.2.7 在现行医学教育中有关解释与计划的教与学存在问题吗？

Maguire 等（1986a，b）观察了年轻医生提供信息的技巧，这些医生 5 年前在医学院里已经完成了访谈技巧的培训。但是这一培训不包括提供信息的任何特别训练。观察结果令人担忧。医生们在提高患者满意度以及对建议和治疗的遵从度方面的许多特定技能上，表现最差，即：

- 发现患者的看法和期待（70％未尝试）；
- 与患者协商（90％未尝试）；
- 鼓励患者提问（70％未尝试）；
- 重复建议（63％未尝试）；
- 检查核对患者是否真正理解（89％未尝试）；
- 对所提供的信息进行分类（90％未尝试）。

在医学院完成了医患沟通技能培训的医生，在信息给予技巧方面，与对照组没有任何差异。但在关键信息采集技巧方面，这些医生保持了比对照组的优势。这说明，如果我们希望医生们在接诊咨询过程中有效地传达医疗信息，就需要不仅在信息采集技能方面，而且在解释与计划的特定技巧方面加强教学。10 多年前，Sanson-Fisher 等（1991）还在争辩说，对执业医生们的信息传递培训，是医患沟通技巧教学的新挑战。这种挑战至今依然存在，而如我们所见，现在这些技巧除信息传递之外，还包括了医患共同参与决策制定以及双方合作等内容。

Campion 等（2002）查阅了英国 2094 名参加皇家学院全科医师成员资格考试的考生在接诊咨询技巧模块中的考试得分。在这次国家级高风险性考试中，即将完成 3 年住院医生实习的应试者需要提交一份录像带，其中记录由应

试者自选的、能代表其最佳表现的七个真实的对他们患者的接诊咨询过程。每一个应试者的前五个接诊都要被评估。即使是在这套高度选择的接诊中，尽管应试者充分了解评分标准，Campion 等仍然发现 4 个与解释与计划有关的“以患者为中心”能力的重要缺陷：

- 在 14%的应试者中没有看到探究患者对患病的理念——只有 39%的应试者在其 5 次咨询中 3 次以上达到这个标准。
- 在 31%的应试者中没有看到运用患者对疾病的信念做好解释工作——只有 17%的应试者在其 5 次咨询中 3 次以上达到这个标准。
- 在 45%的应试者中没有看到检查核对患者是否真正理解医生的解释——只有 9%的应试者在其 5 次咨询中 3 次以上达到这个标准。
- 在 14%的应试者中没有看到让患者参与决定——只有 36%的应试者在其 5 次咨询中 3 次以上达到这个标准。

6.3 目标

我们解释与计划的目标可以归结为：

- 评估判定给予每个患者信息的正确数量和类型；
- 提供患者能够理解和记忆的解释；
- 提供与患者的看法有关的解释；
- 采用互动方法以保证患者对问题有共同的理解；
- 让患者参与并使合作制定医疗计划达到患者希望的水平，从而增强患者的承诺和对所制定的计划的遵守；
- 继续建设关系，提供支持性的氛围。

这些目标包含了许多在其他著名咨询指南中所提及的任务和要点：

- Pendleton 等（1984，2003）
  —使患者对每个问题都能选择恰当的行动；
  —与患者达成对问题的共同理解；
  —让患者参与管理，鼓励他们承担适当的责任。
- Neighbour（1987）
  —移交：医生与患者的咨询议程，协商，影响和定期沟通
- AAPP 三功能教学模式（Cohen-Cole 1991）
  —教育，协商和激励；
  —构建和谐融洽的氛围并对患者的情绪做出回应。
- Bayer 研究院医疗保健沟通 E4 模型（Keller 和 Carroll，1994）

—教育患者；

—谋取患者对他们自己的医疗保健的支持。

- 讲授和评估沟通技巧的 SEGUE 框架（Makoul 2001）

  —给予信息。

- Maastricht Maas Global（van Thiel 和 van Dalen，1995）

  —信息共享；

  —诊断；

  —管理。

- 医患沟通中的基本要素：Kalamazoo 共识声明（2001 年 Bayer-Fetzer 会议与会者就医学教育中医患沟通的共识）

  —共享信息；

  —就问题和计划达成一致意见。

- 健康沟通 Macy 倡议模式（Kalet 等 2004）

  —患者教育；

  —就医疗计划进行协商并达成一致。

- “以患者为中心”的医疗（Stewart 等 2003）

  —发现共同立场；

  —结合预防和健康促进。

6.4 解释与计划的内容

在第 3 章，我们描述了 Galgary-Cambridge 指南中所述的采集信息的过程技巧如何与 Galgary-Cambridge 的内容指南相关联，同样，解释与计划的过程技巧也对应于内容指南的三个特定领域。表 6-1 显示了这些内容指南要素。

表 6-1 解释与计划的内容

鉴别诊断—假设 包括疾病和患病问题
医生的诊疗方案 检查 治疗选择
向患者解释并制订计划 患者已经被告知了什么 协商过的行动计划

注意，这些内容成分既包括医生的内在想法和计划，也包括与患者共同进行的解释与计划。通观本章其他有关解释与计划的内容，牢记过程和内容技巧如何在接诊咨询这一重要部分协同运作，将大有裨益。

6.5 解释与计划的过程技巧

表 6-2 解释与计划的过程技巧

提供正确数量和类型的信息

目标：给患者全面而恰当的信息

评估每个患者的信息需求

既不限制，也不过量

- 形成模块并检查核对：提供信息时将信息分成便于吸收的模块，检查核对患者是否理解；以患者的回应作为如何向前推进的指南
- 评估患者的起点：在提供信息时询问患者先前的知识，确定患者期望获得信息的程度
- 询问患者其他哪些信息会有所帮助，比如：病因，疾病预后
- 适当时候进行解释：避免过早给予建议、信息或安慰

帮助患者准确记住并理解

目标：让信息使患者更容易记忆并理解

- 组织好解释内容：将解释内容分成不同的部分，形成逻辑顺序
- 运用清晰的分类或提示标志（比如，“我有三件重要事情想跟您讨论，首先……”，“现在，我们该转向……”）
- 运用重复和总结：强化信息
- 语言：使用简洁易懂的陈述，避免术语或用行话解释
- 运用可视手段传达信息：图表，模型，书面信息和说明
- 检查核对患者对所提供的信息（或制定的计划）是否理解：比如，让患者用其自己的语言重述，必要时进行澄清说明

达到共同理解：融合患者的观点

目标：提供与患者对问题的看法相关的解释

发现患者对已经提供的信息的想法和感受

鼓励双向交流，而不是单向传递信息

续表

• 将解释与患者的患病框架相联系：与先前引出的患者的想法、担忧和期望相联系 • 提供机会并鼓励患者发挥作用：提问题，要求患者澄清或表达疑问，作适当回应 • 提取并回应语言和非语言线索：比如，患者提供信息或提问的需求，信息过量、悲痛 • 引出患者的信念、反应和感受：根据患者提供的信息，用过的词汇引出患者的信念和感受；必要之处予以认可和注释说明
计划：医患共同决策 目标：提高患者对决策过程的理解 使患者的决策参与达到他们期望的水平 增加患者对既定计划的承诺 • 适当分享患者自己的想法：主张、思想过程和窘境 • 让患者参与决策： —给患者提供建议和选择而不是指令 —鼓励患者贡献他们的想法、建议 • 探讨治疗选择 • 探知和确定患者希望参与决策制定的程度 • 协商一个医患双方都能接受的计划 —在可供选择的方案中，标出自己的平衡点或优先选择 —确定患者的优先选择 • 与患者进行核对验证： —是否接受该计划 —患者的担忧是否得到解释说明
解释与计划的选择 （包括内容和过程技巧） 如果提供一种医疗选择和讨论问题的重要性 • 针对正在发生的事情和人名提出意见，尽可能指名道姓 • 阐明意见的基本原理 • 解释因果关系，严重程度，预期结果，短期或长期后果 • 引出患者的信念、反应、担忧（比如，意见是否符合患者的想法、接受能力、感受）

续表

如果协商一个共同的行动计划 • 讨论选项—如不采取行动，检查，药物治疗或手术，非药物治疗（理疗，行走辅助，流体，心理辅导），预防措施 • 提供有关行动或治疗的信息 —方案名称 —治疗步骤，如何进行 —益处和优势 —可能的副作用 • 获知患者对于治疗需要、已知的益处、障碍、动机的观点 • 接受患者的观点；必要时提出其他看法 • 引出患者对治疗计划包括可接受度的反应和担忧 • 充分考虑患者的生活方式，宗教信仰，文化背景和自身能力 • 鼓励患者参与计划实施，承担责任，自力更生 • 询问患者的支持系统；探讨其他可能的支持 如果讨论临床检查和治疗程序 • 提供关于程序的清楚的信息，如患者可能经历什么，患者将如何得知结果 • 把治疗程序与治疗计划相联系—价值，目的 • 鼓励患者对潜在的焦虑或负面结果提问和讨论

沟通过程技巧：证据

现在我们来探讨表 6-2 中列举的关于解释与计划的各个技巧，并考察证明其在接诊咨询中应用的理论和研究证据。我们把解释与计划的技巧分成五部分，逐一探讨。

- 提供正确的信息数量和类型；
- 帮助患者准确记忆和理解；
- 达到共同理解：融合患者的观点；
- 计划：医患共同决策；
- 解释与计划的选项。

在逐步进行这五部分内容的过程中，我们将参照演讲所需技巧，说明在一对一的情形下的解释与计划技巧。我们一生中都参加过许多演讲会，并不是所有演讲都是高质量的。思考那些糟糕的演讲，能给我们提供有关医学访谈所需

要的信息给予技巧的许多借鉴。如若演讲包括了下列全部或某些缺陷，那么听众难免会在讲演中煎熬着坐等某些演讲的结束。

- 演讲没有清晰结构，而作为一个听众，你全然不知方向；
- 演讲使用了你无法理解的语言或行话；
- 演讲者让你一开始就听不明白，从一开始你就得奋力跟上；
- 演讲所给予的信息或者低于或者高于你目前的理解水平；
- 你被给予太多或太少的新信息；
- 演讲者对你的个人需求做了错误假定，你希望被解答的问题没有提及；
- 到最后你也不确定要点是什么。

最糟糕的，以下场景继而发生。演讲者在昏暗的房间里，用劣质幻灯片、不间断地高谈阔论 45 分钟。你集中了一会儿注意力，然后脑子里出现一个问题，这个问题需要及时理清，才能使你明白所讲的内容。就在你考虑这个问题的时候，你错过了演讲的下几分钟内容。你开始走神，过了一阵儿你又重新集中精力听讲。当你进入这种状态时，演讲的余下部分对你而言就完全不明白了。最后，当演讲者问大家有没有问题时，你很尴尬，以至于无法提出你先前想到的那个问题，因为你不知道这个问题是不是在你走神儿的时候已经解答过了，所以你什么也没说。

我们可以从上述场景中吸取的教训，不仅是如何发表演讲，而且要懂得如何完成医患会谈时的解释与计划内容。为了优化在这两种情况下的信息提供效果，我们有必要回顾一下在本书的配套篇《医学沟通技巧教与学》第 2 章中重点概括的两个沟通方法。Barbour（2000）把这两种方法喻为：

- 推铅球法（the shot-put approach）；
- 抛飞盘法（ the Frisbee approach）。

推铅球法把沟通简单地定义为“好好构思，好好传达信息”。从古希腊时期发源开始，一直到二十世纪早期，职业化的正规沟通培训几乎全部集中在“推铅球”法上。有效的沟通意味着内容、传达和说服。只要你好好策划信息，然后传递出去，你的沟通工作就算完成了。早期一个由一家电话公司发明的沟通模式就反映了这种推铅球法——信息发送者编好一条清晰而有说服力的信息，然后把它传输出去，无论接收者是否收到此信息，都被视为沟通结束。

传统演讲方式可以作为“推铅球法”最基本的例证。有效演讲的技巧也是医患关系中有效沟通的一部分——我们需要知道如何有效地传送信息，如何包装并明确表达我们想要传递给患者的信息，以使它能被患者记住和理解。然而，“推铅球法”只是我们所需要的沟通技巧的一部分。

20 世纪 40 年代，人们对有效沟通的理解开始转向更加交互式的“给与

拿”(give-and-take)模式。这种新观点——被贴切地起了一个“抛飞盘”法的绰号——最终在六十年代流行开来。在这一方法中，“相互理解的共同基础”被视为建立医患互信和保证信息准确的必要基础，因此达到这种“共同基础”就成为这种方法的核心概念之一。如果相互理解的共同基础对有效沟通至关重要，那么历久而盛誉的单向式的“好好构思，好好传达信息”就凸显不足了。当然在人际的或“抛飞盘”法的观点中，信息依然非常重要，但是重点转移到互动、反馈和合作。

这把我们带回到早先曾概述过的沟通原则之一：**“有效沟通一定是互动而非一个直接传递过程”**。如果沟通被视为一个直接传递过程，那么信息发出者就会假定，只要整理好并发送出信息，他作为沟通者的责任就算是完成了。然而，如果沟通被视为一个互动过程，那么只有当信息发出者接收到反馈，知道信息如何被解释、是否被理解以及对接收者产生了什么影响，互动才算完成。仅仅告知信息并不够——回应有关信息影响的反馈至关重要，而沟通的重点转移到发送者和接收者在建立“相互理解的共同基础”中的相互依赖的关系(Dance 和 Larson，1972)。

令人高兴的是，这种“抛飞盘”法已经逐渐渗透到演讲风格之中。演讲现代化的第一步是最后留给听众 10 分钟提问。这使得“抛飞盘”法有了一些互动，但仅局限于程序规定部分。现在越来越常见的形式是在演讲过程中，演讲者几次停下来，向听众征求问题。有些演讲者甚至在演讲一开始就探寻听众的需求和期望——所谓以听众为中心的演讲。

在医患面谈时，我们需要采取更加互动的方法。我们将看到，我们需要考虑每个患者个体的独特要求，患者们接收信息的不同能力，以及他们的不同需要和担忧。这个患者已经知道什么了？他想要多少信息？什么是他最关心的问题？他愿意参与决策到什么程度？然而，我们必须在不牺牲从“推铅球”法所学到的组织和语言技巧的前提下，做好所有这些工作。

6.5.1 提供正确数量和类型的信息

解释与计划的关键问题之一就是如何评估和判断与患者分享什么信息。如何在信息不足与信息过量之间协商出精准之径？如何探知每个患者个体化的信息需求，并相应地剪裁我们的信息发布？我们如何发现每个患者需要什么样的信息以了解他们的处境，而不是仅仅基于对患者需求的假定，向患者提供一个预制的演讲？

6.5.1.1 医生与患者在应当提供的信息数量上存在分歧吗？

我们已经看到，在医生提供给患者的信息量方面存在问题。但是，患者希

望被告知更多吗？

医生常常错误理解患者想要得到的信息量，一致倾向于低估患者的信息需求。Waitzkin（1984）的研究表明，在65%的医患面谈中，内科医生低估了他们个人的患者的信息需求愿望；只有在6%的病例中，医生们高估了患者的信息需求愿望。

Faden 等（1981）观察了神经科医生和他们的癫痫患者对信息披露的不同态度。结果发现，患者倾向于接收与药物治疗风险有关的几乎所有详细信息，即使是那些相当罕见的风险；而医生表示只会披露那些发生几率比较高的风险信息。医生觉得，对药品信息过于详细的披露，会降低患者的依从性，而患者却认为，披露会促进他们遵从医嘱。

很多研究结果显示，医生基于好意选择决定不提供某些信息，以免患者产生焦虑。Pinder（1990）发现，在作出帕金森氏症的诊断时，家庭医生最关心的是患者“保护”问题：怎么样、在什么时候和对谁说明病情，并决定分享多少关于诊断和预后的信息。而另一方面，患者正试图了解并努力适应他们的疾病，心中有许多关于病程和可能的治疗的问题，对疾病和未来也有许多恐惧。医生们倾向于积极、过度乐观和保护患者。例如，医生回避药物细节，对副作用采取低调，不探讨抗帕金森药物长期使用的问题。患者均希望提供有关医疗信息，不要被保护。绝大多数患者还想了解药品知识，得到药品副作用的预先警告。

如果研究表明患者总体上想要更多医疗信息（Cassileth 等，1980；Beisecker 和 Beisecker，1990），那么为什么医生坚持提供较少的信息呢？为什么在医生认为患者想要的信息与患者告诉我们他们想要的信息需求之间存在如此巨大的差距？医生如何能判定每个患者在每一种情况下需要多少信息？实际上，医生提供的信息量和患者想要的信息量之间的许多分歧根植于医患关系的传统观念之中。在第 3 章我们将传统病史采集与 Western Ontario 疾病——患病模式相比较。现在我们将类似方法运用于解释与计划工作，将提供信息的传统观点与折射出社会整体变化的现代概念相比较。

6.5.1.2 医患关系的传统观念

(1) 无法逾越的能力鸿沟

20 世纪上半叶，人们对医患关系的传统看法是，医患之间无法逾越的能力鸿沟，不可能使患者真正理解医疗信息。Parsons（1951）感到，医生接受了大量专业知识和培训，与患者之间形成了巨大差别，因此不可能向患者恰当地解释复杂的医学问题。患者基于对医生个人和医学专业整体的信任而简单地

听从医生的建议。根据这一理论，患者完全依靠医生的智慧，受到医生强大职业道德的保护，这些道德规范迫使医生必须为患者的最大利益而施治。

从下面的分析中可以看到，医疗咨询或多或少有别于专家向不懂行的客户传递并分享信息的情况——例如专科医师给全科医生提供建议，律师为购房者出具法律意见，科学家与商人合作，或者教师指导学生。在所有这些情况下，不同知识层次和理解水平的人需要达成妥协。要给予充足的信息以便成功沟通，要使客户做出知情选择或计划，而不被过多细节所迷惑。

（2）疾病的情感性质

那么医疗咨询中的何种差异证明 Parsons 的观点不无道理呢？一种论点是，疾病的高情感特征阻碍了理性的沟通和理解。被置于患者的地位而引发的焦虑和恐惧，使患者变得被动，采取一种依赖性的“病态”角色，愿意接受善意的、家长式的医疗建议。通过采取患病和康复的特殊待遇，患者被免除了日常责任。从这一论点类推，因为担心向患者提供关于疾病严重性的信息可能会对他们造成伤害，所以医生最好保护患者免受这种披露可能造成的情绪影响。

（3）职业权威

一种相反的观点（Freidson，1970）则认为，造成医学访谈与其他信息给予情况迥异的，并非由于咨询过程之中的任何情感困难，而更多是医生想保持较高社会地位的必然结果。这一分析指出了保留信息的一个稍显自私的原因。如果医生与患者之间社会地位的差别是医生这一职业刻意希望保留的，那么某种程度上就可以通过限制向外行提供医疗信息来达到目的。比之培养见多识广和自治的患者，神化医生的知识和贬低患者的知识可以说是更强大的驱动力。为保持专业人员与客户之间的分水线势，医生不可避免地要掌控一定程度的信息所有权。医生使用拉丁文就可以视为这一复杂迷局的一部分——患者主诉喉咙疼痛，大夫的诊断意见就是急性咽炎。这种令人印象深刻的诊断仅仅是把患者的话翻译成不被患者分享的医学术语而已（Bouhris 等，1989）。

总之，已知的能力鸿沟、医患关系中的情感困难，以及医生保持职业威权的需求，都可能促使医生在会谈的解释与计划阶段保留医疗信息，使患者继续成为被动的旁观者。

6.5.1.3 为什么现代研究成果会被误解为肯定了信息给予的传统成见？

Tuckett 等（1985）认为，医学界不正确地解释了某些关于信息给予的研究成果，以肯定其自身的传统偏见。

（1）有关信息记忆的早期研究

在早期的研究中，患者对信息的记忆显示比较差。Ley（1988）引用了约

60%的不同作者发表的在医院进行的研究数据，发现重复中的记忆要好于新的会谈。在全科医学里，Ley发现患者初次会谈和反复就医后的记忆率分别是50%和56%。Bertakis（1977）报告说初次就医的患者可以记忆62%的信息。Hulka（1979）主要对重复就诊的研究显示，糖尿病患者和孕妇记忆的水平较高，记住的信息超过67%，而患儿母亲记忆的信息则高达88%。

Ley还说明了医生提供的信息量与患者记忆的信息量之间的关系。他的研究显示，在实验室环境下，所提供的信息条目越多，被忘记的比例就越高。这一结论在门诊患者中得到了验证，而在全科医疗中则没有证实。

Ley的研究被广泛引用作为“证据”，证明：

- **“患者对于医生所说的话能记住的很少”**
- **“医生说得越多，患者能记住得越少”**

于是一个几乎是必然的结论是：

- 首先，不值得对患者讲得太多

然而这些结论正确吗？即使只有50%的信息能被记住，难道意味着根本不值得向患者提供信息了吗？还是这恰恰启发我们应该寻找改善这些数据的方法？

(2) 最近的研究

最新研究表明，患者实际能够记住的信息比先前报告的要多得多。Tuckett等（1985）采用不同的研究方法，更贴近观察被记忆的信息，特别是分析了要点而不是医生提供的每一个信息，结果表明，在初级保健中只有10%的患者不能记住他们被告知的所有信息要点。有趣的是，就像先前预测的一样，一般咨询面谈后的记忆效果，不如所提供的信息更为患者所关切，当患者潜在地更为焦虑时，效果更好。Dunn等（1993）发现，癌症患者首次接受肿瘤医生咨询时，仅能记住由肿瘤医生所确定的45%的“要点”。

事实上，Ley从未暗示我们不应该努力向患者提供信息。在评论他有关“信息提供量与信息记忆量之间关系”的研究工作时，他指出以下几点：“请注意是被遗忘的比例提高了，这与患者得到信息越多，就比得到信息少的人越了解自己的疾病情况相一致。所以研究发现并不是说应当向患者提供更少信息。”在Ley的研究中，虽然被记住的信息比例总体下降，但患者记住的绝对量还是提高了。

(3) 偏见的肯定

Tuckett曾雄辩地撰文说明，对Ley的研究发现的误解如何肯定了医学专业的传统观念，又如何被纳入标准教学之中。Ley的研究中符合传统模式的部分被发挥到极致，而不符合的部分则被抛弃了。医学生们被告知患者不会记住

他们所说的大部分话，因此他们要使话语简单。他们被教导说不必过于积极地给予信息，“只有把陈述的数目局限为两个，患者的记忆才刚好”（Horder 等 1972）。医生抓住 Ley 的研究来证明他们的观点，即除了基本信息外不再提供什么其他信息。然而如前所述，这些并非 Ley 本人的研究结论。他的观点是，医生应当运用一些策略来提高给予患者的信息数量，因此要增加患者能够记忆和理解的信息的总量。他希望医生能够提供更多、更清晰、更有条理的信息，从而使患者更好地知情。

6.5.1.4 什么社会潮流影响了医疗信息的提供？

（1）社会变化

近几十年来社会发生了许多变化，瓦解了大量的阶级和社会屏障。言论自由、性别和种族平等以及信息自由的传递彻底改变这个世界。随着教育水平的提高和个人财富的增加，人们对包括医疗卫生在内的各种服务的诉求期望逐步增强。从过去仅仅是治疗性医学向预防疾病和保健的转变，增强了人民对健康问题的意识。书面媒体和广播媒体大量的文章和栏目，以及互联网上的信息爆炸，使人们能获得更多有关健康和疾病的信息。而消费者和患者维权组织的出现也改变了患者对医疗咨询的影响。立法重点关注患者在医疗中的权益，就是顺应了这些变化，并强化了患者的影响。社会在变化，医患关系也在变——公众经常质疑医生的知识和动机，不再表现为对医疗行业的盲目信任。现在的患者不接受医患之间存在“无法逾越的能力鸿沟”这样的观点。

（2）医学的变化

虽然一些病入膏肓的患者可能会采取一种依赖性的角色，只对医生的照料心存感激而不必有所承担，但是在现代西方医学实践中，绝大多数咨询都并非有关危及生命的疾病。并且，长期医疗护理和预防的作用正在持续扩大。结果，患者的焦虑程度以及随之产生的沟通障碍减弱了——患者认为他们完全能够接受全面告知，并参与治疗。

（3）患者自主权

患者自主权已经成为医学伦理的一个核心原则，家长式的医患关系越来越被视为时代错误。正如我们以下所见，医患关系存在一种向消费主义关系重大转变的危险。一种合作和共同参与的方法被认为是更适当的发展路径。

医生已经看到这些变化逐渐反映于他们的实际工作中。患者非常频繁地来寻求有关疾病预防措施的信息（如：预防骨质疏松的钙剂），期望自己能根据眼前的争论提前做出一个精明的决定。过去，医生可能只是简单推荐一下，并期望患者遵从。医生查房时并不经常进行病床边的讨论，而患者通常被认为对

他们自己的治疗过程没有想法、没有感受，也不参与。也许现在最大的变化是在对严重疾病或坏消息的保留方面。不久以前，不向患者提供癌症之类的消息以免患者受到信息伤害的做法还是一种规范。医生们挡住了患者可能不能应付的信息。决定保守秘密还是与患者亲属一起说出真相，成了医生的责任。现在，西方医疗实践的钟摆摇到了患者的信息权上，医生要提供机会向患者告知有关他们疾病的信息，而只有当患者发出信号表示不想了解时，医生才可以不提供有关信息（Buckman，1994）。在平衡患者自主权和亲属参与决定的问题上，世界各国依然存在着重大的文化差异。例如在日本，医生在向患者本人讲疾病预后时会说的很乐观，而向患者家属交代病情时说的则比较悲观（Akabayashi 等，1999；Elwyn 等，2002）。

6.5.1.5 哪些研究证据表明提供更多信息会有帮助？

患者希望得到比常规更多的信息。但是，我们能够证明信息的提供实际影响了他们的治疗结果吗？

很多证据都能证明信息提供的价值。Hall 等（1988）进行了一项荟萃分析研究，分析了可能改变医患之间关系的各种不同的“提供行为”的影响。他们查阅了从 1966 年到 1985 年的文献资料，发现有 41 项独立研究将医生所用的沟通变量与患者的满意度、信息记忆或遵守医嘱的提高相关联。他们把所有可能变量分成 6 组，结论是：在所有类别中，医生给予患者的信息量，是患者满意度、依从性、记忆和理解信息的最有力的“预报器”。这种患者满意度与信息量之间的正性关系，在研究沟通的文献中，是高度一致的发现（Bertakis，1977；Stiles 等，1970；Deyo 和 Diehl，1986）。

许多研究把信息提供与治疗结果的实际益处相联系，比如症状减轻，生理状态好转等（Kaplan 等，1989；Steward，1995）。Egbert 等（1964）的研究显示，麻醉师术前对患者进行的关于术后疼痛控制的教育，不仅可以导致少用止痛药，而且会使住院时间缩短。Mumford 等（1982）回顾了许多类似发现，说明信息提供或心理干预可以加快疾病康复，改善患者的手术之后或心梗之后的治疗转归。

6.5.1.6 是不是所有患者都需要更多信息？

然而，是所有患者都需要更多信息吗？如果不是，我们怎样才能使信息提供个体化从而适应患者的需要呢？

在 Pinder（1990）对向帕金森氏病患者提供信息的研究中发现，尽管各个患者在希望获得的信息量方面差别很大，但医生们却以一成不变的方式对待所有患者。绝大多数患者希望听到更多有关他们的疾病和药物治疗的信息，但并

不是所有患者都如此。Jenkins 等（2001）对 2331 名癌症患者进行的一项大型研究表明，87%的患者想要尽可能多的信息，而 13%的患者更愿意把细节披露给医生。众多其他的研究也表明，患者可以分成对信息的“探求者”（约 80%）和“回避者”（约占 20%）。其中“探求者”能够更好地应付更多信息，而“回避者”能应付的信息则较少（Miller 和 Mangan，1983；Deber，1994）。Steptoe 等（1991）研究表明，信息“回避者”报告说比信息“探求者”对医患沟通有更好的理解和满意，但自相矛盾的是，他们的理解比较差。另一方面，信息“探求者”们尽管已经对信息有了比较好的理解，但他们对医患沟通较不满意，并希望获得更多信息。Tuckett 等（1985）发现，19%的患者不向医生提问，因为他们对了解更多医疗问题不感兴趣。Broyles 等（1992）的研究表明，只有 50%的有呼吸衰竭风险的新生儿的母亲，在医生提供了关于机械通气的简要信息并询问是否需要更多细节性信息时，才会要求更多信息。

虽然大多数患者确实想要医生提供更多信息，但还有少部分患者却希望信息量少点。但是预测患者属于哪一类却不太容易。正如 Waitzkin（1985）所说：“研究已经清楚表明，有一种普遍表述的假定，工薪阶层患者并不想要医生对其疾病进行全面解释，这更像是因为他们对提问犹豫不决，而不是真正对信息不感兴趣。”Barsevich 和 Johnson（1990）的研究表明，进行阴道镜检查的妇女对信息的愿望，与她们探求信息的行为之间，只存在中等的关联性。一些重复性的研究报告也表明，假定老年患者不想获得有关病情信息的推论是没有理由的。虽然在轻微的程度上，老年患者比年轻患者偏于接受少量信息，但到目前为止，绝大多数的老年患者想要详细了解他们的病情（Davis 等，1999；Stewart 等，2000b）。

6.5.1.7 学习者可以运用哪些技巧帮助估计给予每个患者的正确信息量和信息类型？

我们已经知道，以前医生们一般会低估患者的信息需求，而且也确实有少数患者不愿意接受很多信息。因此，在信息提供中的一个关键挑战，是弄清楚而不是假定在特定环境下患者想要多少信息，然后再根据每个患者的需求裁剪信息量。以前我们倾向于对所有患者保留信息，以保护少数不愿知道太多的患者。现在的挑战是，如何告知大多数患者同时对少数患者的需求保持敏感。我们还必须考虑，剪裁不仅要考虑提供“多少”信息，还要考虑告诉患者“什么”信息。我们应该考虑患者的既有知识，同时发现他们想要我们回答的问题。

回到与演讲的比较，你怎样才能根据听众的需要使你的演讲个人化，而不是基于对听众需要的假设而发表一个预先制定的演讲？首先，你可以按照原来计划的方式开始演讲，但要化整为零，分成若干节段，然后请听众就你所讲过的每一部分的内容发问。这将使你边回答问题边讲，并且同样重要的是，使你能够评估听众的理解水平和他们进一步的要求。其次，你可以有意地在一开始就询问听众他们对讲座题目有什么了解，他们对这一领域有什么问题，并希望能回答什么特别的问题。在整个演讲过程中，你可以重复这样的过程，不断询问有哪些进一步的信息会有帮助。换言之，你可以通过增加互动性，而由“推铅球”法转向“抛飞盘”法。这正是我们在医学访谈中最有帮助的技巧。

（1）分段与检查

分段和检查是医学访谈中解释与计划阶段的重要技巧，不仅可以评估给予患者信息的正确数量，而且还有助于患者**准确记忆**信息，**达成医患双方的共同理解**。

所谓分段和检查，就是医生把信息分成小块儿传达给患者，在推进过程中要停顿下来检查一下患者是否理解，并以患者的反应为指南来看下一步需要什么信息。这种技术对于非直接地分步评估患者总体信息需求而言极为重要。如果你一小段一小段地提供信息，给患者充分的机会发挥作用，他们就会发出清晰的信号，表明他们还需要多少信息以及什么类型的信息。

> 医生：“真的，根据您描述的症状，以及您活动以后和晚上喘息加重的典型表现，我有理由相信您所描述的是哮喘病，我们应该考虑给您一些治疗。”（暂停）“您现在清楚了吗？”
>
> 患者：“是的——我想是的。但是我不敢肯定是否真正理解什么是哮喘。它是家族遗传病吗？”

（2）评估患者的出发点

给予患者信息的一个关键性互动步骤就是**“评估患者先前所掌握的知识”**。如果不主动弄清患者的出发点，你怎么能确定在什么水平上提供医疗信息？你又怎么估计你对问题的看法与患者看法的差异度？如果不早点儿发现患者对自身问题的理解，你怎么知道采取什么方法达到共同理解？

向一个大学讲师和向一个手工匠解释糖尿病的一个新诊断显然不是一回事儿，因为他们的理解水平和处理信息的潜在能力非常不同。但是，不直接询问患者的既有知识而做出这种假定却很危险。这个天文学讲师可能很不了解糖尿病，只知道糖尿病会导致失明，从而威胁其职业生涯。而这个手工匠可能从小随患糖尿病的父母长大，对糖尿病有高度的了解。因此，在进一步详细解释之

前，不妨先询问：

> 医生："我不知道您对糖尿病了解多少？"
>
> 患者："哦，我知道的不多——我在大学里最好的朋友得了这个病。"
>
> 医生："如果我能了解一点您都知道哪些，肯定会有帮助，这样我可以帮您查漏补缺。"

同样的，**探知每个患者对信息的总体愿望**也非常重要。我们已经看到，虽然大多数患者希望医生能提供更多信息，但还有相当可观的少部分患者希望少点信息。我们如何发现某一特定的患者究竟是信息"探求者"还是"回避者"呢？将信息分段和检查，以及向患者提问等，都是评估患者总体信息需求的间接方法。更直接的方法是在会谈的过程一开始就询问患者：

> 医生："关于帕金森氏病及其治疗的用药问题，我有许多信息乐意与您分享。有的患者愿意知道很多这类事情，而有的则宁愿最小程度地了解。那么，您本人希望了解多少呢？"
>
> 患者："喔，医生，我不敢肯定今天能听进去很多。或许，我们可以只安排一下治疗，几星期以后我带我妻子一起来。"

记住，患者对信息的偏好和需求可能随时随地变化。例如，一位临终患者可能因为生命即将终结，而从回避和否认转向接受和更公开地谈论病情。我们应该意识到这种转变的可能性，而不能假定任何个人对医生以上问题的回答都一成不变。

(3) 询问患者其他什么信息会有帮助?

如前所见，医生常常误解患者所需信息的类型。他们经常不解释说明"发生什么了，为什么会发生？为什么是我？为什么是现在？如果什么也不做会怎么样"之类的问题，而比起有关治疗的信息，患者更想要这一类的信息（Helman 1978）。猜测每个患者的个人需要极其困难，直接询问是防止遗漏重要信息的一个明摆着的方法。

> 医生："您还有哪些问题需要我解答吗？或者，还有哪些要点我没有涵盖吗？"
>
> 患者："您认为我会传染别人吗？我的意思是——这病传染吗？"

(4) 在恰当的时间进行解释

在医疗咨询过程中一个常见的困难发生在过早地给患者提供建议、信息或安慰。举个例子，在信息收集阶段，一个哮喘患儿的母亲可能会提出以下

问题：

> 患者："索菲这次感冒后情况相当不好——她能用些抗生素吗？"
>
> 医生："我敢肯定答案不是抗生素——她的感冒诱发了哮喘——她没有肺部感染——我们实际要做的是治疗她的哮喘。"
>
> 你发送了一个标准的演讲，然后继续采集更多病史，并且发现索菲夜里发烧和不舒服。检查显示单侧肺部出现了阳性体征。你开始往回找话，并且感到索菲母亲已经对你失去信心。
>
> 医生："啊，尽管刚才我那样说，但这儿的确有点问题，需要抗生素治疗。"

如果换个做法，你可以简单表示听到了她的问题，等你掌握了你需要的所有事实后再行处理：

> 医生："这个问题问得很好。如果你不介意的话，先把这个问题放一会儿，等我检查完了索菲之后，再来回答你。那时我就能给你一个更好的解答。"
>
> 等你把检查所见解释完之后：
>
> 医生："回到你刚才的那个问题——很明显今天索菲的肺部有问题，需要用抗生素治疗。你愿意估计一下，她的哮喘什么时候加重了，并且肺部感染从什么时候开始的吗？"
>
> 患者："是的，我愿意，但并不容易。"
>
> 医生："噢，多数情况下，感冒只诱发哮喘，但不引起肺部感染。"

6.5.2 帮助患者准确记忆和理解

解释与计划的另一个重要方面，就是如何给予让患者更容易记忆和理解的信息。在之前关于正确的信息数量和类型的部分里，我们探讨了在信息给予中需要转向高度交互式的"抛飞盘"方法，以便根据患者需要剪裁信息。但这并不意味着我们要舍弃从"推铅球"方法中学到的教训。提供信息的方法要么会让患者获得很好的记忆和理解，要么会让患者经历一次极不满意的学习过程。

那么，如何才能达到"好好构思，好好传达信息"呢？如何给予信息而使患者能理解和记住你说的是什么？有一条关于演讲的古老谚语："说出你将要说的，说出来，然后说你已经说了什么。"此谚语认为，一些组织和结构技巧能使信息给予更加有效。在此之上，我们还需要加上对语言措词的恰当运用、

视觉辅助，以及检查理解程度的技巧。这些就是我们现在所探讨的在医学访谈过程中的特定技巧。

Ley 对患者记忆的研究

在 20 世纪 70 年代和 80 年代，Ley（1988）开展了综合性研究，旨在了解哪些沟通技巧会增进患者对信息的记忆。他的研究最初以心理实验室里的实验为基础。后来他把研究转到临床环境下——医院和全科诊所的医生们都被传授了多种技术，以观察早期的实验室结果能否在诊室里复制。下面是我们对 Ley 的研究发现的解释。

（1）信息分类：设置语言标志的一个例子

在这一技术中，临床医生们预先告知将要向患者提供哪些类别的信息，然后按类提供信息。

> "有三件重要事情我要跟您解释。第一，我要告诉您我想错了。第二，我们应该做什么检查。第三，可能的治疗是什么。首先，我想您已经……"

Ley 的研究证明，采用这种方法，无论是在实验室还是在临床试验上，患者的记忆水平都提高了，记忆率从 50%提高到 64%。

在此有两个处理过程。第一是信息给予的有组织化。分类使要传达的信息被分成若干部分，并使各部分之间遵循一个逻辑顺序。第二是把信息分类情况明白无误地告诉患者。这实际是语言提示标志的进一步例证，语言标志技巧已经在第 3 章里介绍过了。它是一个过程，是向患者解释会谈下一步内容是什么以及为什么。向患者提供一个公开的接诊咨询结构，可以减少不确定性和焦虑，而不确定性和焦虑会阻碍医生与患者之间的有效沟通，并降低患者的记忆和理解。这就类似于一个有效的演讲者有一个计划，在演讲开始时就向听众说清楚他的计划。

（2）为重要信息加上标注：语言标志的另一例

Ley 在他的研究报告里，再三强调了"首次效应"问题——人们对听到的第一个信息记忆最深。他的实验室试验显示，医疗信息按先后顺序提供给志愿者，结果早给的信息比后给的信息被记住得更多。然后他在临床环境下继续试验。他以前的一项研究曾显示，患者对诊断信息的记忆要比对指示和建议的信息记忆得更好，因为患者认为关于疾病诊断的信息比关于疾病治疗的信息更重要。人们通常更能记住他们认为最重要的东西。为观察患者对指导和建议的记忆是否能提高，Ley 在医院门诊环境中以不同的先后顺序为患者提供信息。结果发现，首先被给予有关治疗意见信息的患者能够记住其中 86%的信息，而

稍后被给予治疗意见信息的患者则可以记住其中的50%。有意思的是，患者所记忆的信息总量没有增加，因此对指导和建议的信息记忆多了，对疾病诊断信息的记忆就减少了。

虽然“首次效应”在信息给予中的重要性显而易见，但对于Ley关于先提供“重要”信息的结论，我们却有所保留。Ley建议，为增强患者的遵从性，医生应该在提供诊断信息及其原理之前，先提供治疗信息与建议。这一观点的前提是患者对治疗信息记忆不好，因此如果记忆不能最大化，那么对治疗计划的依从就会受到影响。然而，如果总的记忆量不变，那么对治疗信息的记忆增强，对诊断信息及其原理的记忆就会下降。尽管记住治疗计划是患者遵从医嘱的必要条件，但在实践中此举果真能够提高患者对医疗计划的遵从，还是会有其他影响因素？Ley已经说过，患者认为诊断信息比治疗信息更重要，因此看来，减少患者对疾病诊断信息的理解就不会对他们遵从医嘱产生不利影响吗？如果患者完全记住了医生关于治疗的信息，但因为对自身病情或者医生的观点不太了解而不想遵从医嘱，那该怎么办？

> “他告诉我一直要一天两次使用这种类固醇吸入剂。但我现在很好，不需要使用任何药物。”

显然，记忆不是一切。应该由谁来说明什么才是最“重要”的信息？医生和患者在这个问题上看法可能大相径庭。Ley的方法是“以医生为中心”的，即由医生来决定什么是患者要理解的最重要的信息。这与Tuckett等（1985）的研究工作相反。Tuckett强调发现和满足患者个体化信息需求的重要性，具体内容我们将在下一节介绍。

另一个更有价值的信息是，Ley发现，医生如果把某项特定信息贴上“重要”的标签，会有助于提升患者对医生观点的认识。这是语言提示标志的另一个例子：

> “非常重要的是，您记住这个……”

(3) 分段和检查

我们可能会争辩说，这里的关键问题不是如何使信息有序，而是如何避免把大量信息一股脑儿地灌输给患者。一个冗长的独白会产生强烈的“首次效应”——患者还在思考第一点，而医生已经讲到以下三点了，因此患者注意力分散而无法听清楚以后的信息。如果目标是提高患者记忆、理解和遵从诊疗计划，那么我们建议首先应该降低“首次效应”发生的可能性。

这可以通过分段和检查得以实现——就是说，把信息分成若干小片段传达给患者，每段之后停顿，检查患者是否已经理解，并以患者的反应为指南判断下一步需要什么信息。只有这样患者才有可能记住和理解医生提供的信息。当他们消化吸收了每一段信息后，就会准备接受下一段信息。这种技巧对于评估患者的总体信息需求量也是至关重要的。如果逐段提供信息，而患者有充足机会发挥作用，那么医生们就能接收到关于患者还需要的信息数量和类型的清晰信号。

(4) 重复

“重复”技巧有两个要素，可使患者记忆信息的水平大有不同：

- 医生对重要要点的重复
- 患者复述信息

医生对重要要点的重复能帮助患者加强记忆，无论在实验室环境下（Ley 1988）还是在诊室里（Kupst 等 1975）都得到证明。Kupst 的研究显示，患者对单次提供的信息的即刻记忆率为 76%，而当医生重复后，患者的记忆率为 90%。

> 医生：“好，我重复一下。我们已经决定用药膏治疗您的真菌感染，您每天涂抹两次，连续使用两周。如果不见好，您再来见我。”

患者的复述也是一种高度有效的技巧。通过要求患者用自己的语言复述他们的理解，医生们可以检查患者对信息的理解，必要时医生予以澄清。在 Kupst 的研究中，患者的复述结合医生的重复，可使患者的即刻记忆达到 91%。而对于一个月之后的记忆，患者复述结合反馈被显示是最有效的方法。患者复述给医生和患者都带来了好处，使他们能够尽早了解患者理解了什么。

Bertakis（1977）进行了一项研究，以评价患者复述信息和医生澄清问题的用途。研究证明，当家庭医生接受了这些技巧的训练时，患者对医疗咨询更加满意，对信息的记忆也由 61%提高到 83%。

要求患者复述的困难在于医生需要把握的措词和语调。如果暗示患者能力有限，不一定能理解聪明的医生所说的话，医生的复述要求很容易听起来像是施惠于患者。因此，练习好措词对个人来说非常重要：

> 医生：“我知道今天给了您很多信息，我担心我可能没有表达清楚——如果您能把我们目前一致同意的部分复述一下，对我会很有帮助，以便保证我们之间保持同步。”

(5) **语言**

我们已经看到，使用术语是沟通中的一个主要问题，患者由于担心自己显得无知而很少要求医生解释。问题不在于技术语言（Hadlow 和 Pitts 1991），在医疗环境下即使简单的日常用语也可能模糊不清。Mazzullo 等（1974）的研究显示，52%的患者把“治疗（for）”液体潴留（水肿）的药片误解成“导致（cause）”液体潴留。因此 Ley 建议医生尽量简化信息，帮助患者记忆和理解。这可以通过以下方法获得：

- 减少术语的使用
- 若非要用术语不可，应加以解释
- 使用更短的词汇
- 使用更短的句子

(6) **保证解释或建议足够特异以便于患者理解和行动**

Ley 引用 Bradshaw 等（1975）的研究结果来说明，特定的陈述比泛泛而谈等容易记忆。女性肥胖症患者可以记住 16%的一般性节食建议，但对确切的建议，则能记忆 51%。

在某些特定情况下，医生提供更为特异的建议会使患者更容易理解，如告诉患者如何服用药片。但是，我们对在任何情况下都宣扬这种方法持保留态度，因为提供特定的建议可能会跟不适当的教条主义混为一谈。

后面我们会看到，许多研究证据支持一种解释与计划的合作模式，在该模式中患者参与选择，医生提供选项和建议而不是指令。当医生主动寻求患者对医疗建议的反应并进行恰当协商时，患者对医疗计划的依从性提高了。Ley 建议，告诉患者要减 30 磅，比笼统地告诉他们要减肥，能导致更好的记忆。但是，这会导致更好的依从吗？如果患者记住的全部变成了以下内容该怎么办呢？

> “30 磅？我一辈子都没那么重——办不到！”

所以，这里有第三种方法。提出建议、引发反应并进行协商。然后，在过程的最后，**特别**澄清明确达成一致的计划。如何做到“特别”，取决于任务的复杂性，在简单的指示中，要想特别相对容易，但是在像健康促进或者预防医学等复杂领域，没有动机而策动患者的良好记忆是没有意义的。做到特别需要在谈判的技巧和有目的的访谈之间取得平衡。

(7) **运用视觉手段传达信息**

很多研究都表明，使用图表、模型、书面信息和说明书，能够增强患者的知识和依从性。有大量文献证明印刷材料的有效设计能够增进患者的使用、理

解和记忆，这些都在 Ley（1988）的报告中得到很好总结。

Tattersall 等（1997）、McConnell 等（1999）、Scott 等（2001）和 Sowden 等（2001）回顾了向患者提供经过剪辑的有关疾病信息的更现代的方法。这些方法包括，提供真实的医学访谈的录音或录像带，在咨询结束后写信给患者，结果表明这两种方法都提高了患者的满意度、记忆、理解和患者的能动性。相反，关于病情的一般性的录像带，不但没有提高，反而降低了患者对特定会谈的记忆和满意度。Tattersall 等（1994）研究发现，比之信函和与肿瘤护理专家谈话，患者更重视录像带。

关于录像材料和录音带的使用有几点应当注意的问题：

① 书面或视听材料单独使用、或者作为与患者互动的替代物作用不佳。为发挥其最大效益，医务人员需要：

- 介绍这些材料，追访使用情况，根据个体患者的需要对材料进行个性化处理。
- 当患者看过材料之后，要创造机会让他们提问。

② 如果患者对材料中所使用的语言不熟悉，那么材料可能不适合患者

③ 如果患者是文盲，那么书面材料（包括书面说明书和图表）就不适合该患者。即使在教育普及的国家，文盲的人口比例也要远高于医务人员的认识。

对有助于患者记忆和理解医生解释的各种技巧所做的总结在表 6-2。

6.5.3 达到共同理解——融合患者的观点

在以上分析中，我们详细考察了各种可用于提高患者记忆的技巧。这一方法主要关注的是对医生认为重要的信息的记忆。然而，我们从 Kindelan 和 Kent（1987）以及 Ley 自己的分析中已经看到，患者和医生认为的重要事情并非总是一致的。因此，只关注医生认为他们的患者应该被告知的内容以及给予这些信息的最好的方法，仅仅是故事的一半。来自患者角度的信息需求是什么呢（Grol 等 1991）？

提出这个问题，并不是要否定 Ley 及其他学者的发现，他们提出了使医生用来更清楚地给予信息以及使患者更多记忆信息的重要技巧。但是，我们需要进一步分析如何使信息提供与患者的真正需要相匹配？医生如何提供与患者对问题的看法相关的解释？医生如何确定患者对所提供的信息的想法？如何探知患者对所提供信息的看法？如何达到与患者的共同理解？

6.5.3.1 Tuckett 及其同事关于患者理解的研究

Tuckett 等（1985）在“*Meetings Between Experts: an Approach to*

Sharing Ideas in the Medical Consultation（专家相遇：在医疗咨询中共享意见的方法）”一书中所描述的他与同事的研究，是我们理解信息给予中共享方法的核心。他们的发现以及对一种不同的方法学的使用，极大地扩展了我们的理解并挑战了以前的认识。

（1）Tuckett 及其同事的方法学

Tuckett 等深入研究了英国 16 位全科医生所做的 1302 次医疗咨询，提出要牢记的以下三个原则。

1. 不是所有信息都同等重要。以前评价信息给予时，要数出患者记住医生陈述的总数。但是也许某些信息比其他信息更重要。如果患者记住了最重要的几点却遗忘了一部分信息，有关系吗？如果患者虽然记住了更多的医生陈述，但这并不是他们理解病情所需要的信息，对其理解会有帮助吗？我们需要考虑的是什么信息被传达了，而不仅仅是多少。因此 Tuckett 的团队设计出一个办法，来确定什么是医生陈述的“关键”点。这个方法使得对患者记忆的分析，不仅可以通过与医生的全部陈述联系起来检查，而且也和患者理解病情和治疗所必需的陈述联系起来。

2. 记忆并不必然意味着理解和承诺。仅仅提高患者对信息的记忆并不必然导致更好的医疗结果。如果患者能够记住医生所说的话，却不能理解其中含义怎么办？我们要超越记忆看理解——记忆固然重要，但其本身并不是信息给予研究的圆满终点。因此 Tuckett 等人看到以下三个衡量医疗结果的指标：

- 患者记忆
- 患者理解——患者是否正确理解了被告知的信息？
- 患者承诺——患者是否同意医生的主要观点？这些观点是否与他们自己的解释模式相冲突？

3. 对信息给予的需要既要从患者的角度也要从医生的角度来看。信息给予的问题并非简单的是医生如何给予他们希望传达的信息，它还包括患者如何发现他们自己想要的信息以及医生如何在这一过程中帮助他们。Tuckett 等人因此考察了信息给予的两种方法。首先，他们考察了 Ley 关于信息给予中“澄清”的概念。医生运用 Ley 建议的能力（清楚的信息分类，合乎文法的陈述，措辞连贯一致，避免使用行话，避免不加解释的假设推定、注意语速节奏和声音的能听度）对患者记忆、理解和承诺有什么影响？其次，他们从一个全然不同的观点，即“交换看法以求共识”来考察，这一观点是以社会人类学家如 Helman（1978）等的研究为基础的，它非常类似于我们在第 3 章探讨过的“疾病－患病”模式，并向“相互理解的共同基础”这样的重要概念转变。那么，了解患者的信念体系并考虑患者自己对疾病的看法有助于信息给予吗？为

了回答这个问题，Tuckett 的团队考察了医生如何鼓励患者自愿表达并详细阐述他们的看法；医生如何对有所看法的患者的任何证据做出回应；医生的思维和推断在多大程度上直接影响了患者看法；医生在什么程度上检查了患者的理解水平。

(2) Tuckett 及其同事关于医生提供信息的研究说明了什么？

- 正如所料，医生给予的信息更多着重于在诊断的重要性和治疗行动上，而非疾病预防措施或疾病所涉及的问题。
- 只在少数情况下，医生的观点能被清晰地表达。
- 只在 50%的场合下，医生用基本原理来证明他们的观点。
- 即使解释了基本原理，医生也很吝啬于内容，而且缺乏清晰度。
- 医生几乎从不把他们的解释与患者的观点或信念联系起来。在 405 例医疗咨询中只有 12 例，医生们的解释与他们患者的信念相关。
- 只在 6%的咨询中，医生首先引出患者的意见和解释性信念。
- 即使患者自愿地或暗示或直言他们的意见，医生们仍然只在 7%的咨询中请求患者详细阐述他们的意见。
- 医生不仅不要求患者详细阐述意见，而且常常回避它们，打断患者陈述或者故意阻止他们的表达。
- 只有 7%的咨询里，医生以某种方式检查核对患者是否理解了医生所说的话。

总之，Tuckett 等人的研究显示，医生们很少能表现出必要的组织技巧和其他沟通技巧，从而使患者清楚他们的努力。研究还显示，医生对患者的理论、假设或理解不感兴趣。不幸的是，更近一点儿如 Campion 等人（2002）的研究，情况依然如此。所以，与两个“如何”给予信息的研究模式—Ley 模式和“疾病一患病”模式——相关，别指望医生在努力提供信息方面特别有效！

(3) Tuckett 及其同事的研究，表明患者会对医生的信息提供产生什么影响？

患者试图影响医生的信息给予吗？是公开地还是隐蔽地？为了评估患者如何经常地试图在咨询中扮演积极角色，Tuckett 等人研究了患者所使用的以便影响从医生那里获得信息的一些策略：

- 表明他们自己的解释模式；
- 寻求明确医生的观点和指示；
- 询问医生原因和原理；
- 表达疑问。

他们这样做的方式可以是：

- 公开地；
- 隐蔽地。

研究显示出患者非常高的参与水平。实际上，85%的患者至少参与过上述四种行为中的一种。但是，这种参与绝大多数都以隐蔽的方式进行，运用暗示和隐晦的问题，而不是公开地、用清晰的陈述或提问来进行。这一研究结论与其他研究结论非常吻合，显示出公开提问的患者比例很小（Svarstad，1974；Stimson 和 Webb，1975；Roter，1977；Beisecker 和 beisecker，1990），而患者想让医生听到他们的看法和问题的各种间接尝试也非常重要。（Levinson 等，2000）。

患者的参与对医生的信息给予有什么影响？

当患者公开参与时，他们很可能获得更多的信息。隐蔽式参与的影响效果小多了。Svarstad（1974）、Roter（1977）以及 Boreham 和 Gibson（1978）等人的研究也说明，当患者公开提问时，医生予以解答，于是患者得到更详细的解释。

所以，患者能对医生的行为施加相当大的控制，而如果他们想获得更多信息，那么聪明的做法就是公开而非隐蔽地提问。然而，也可能有不尽如人意的结果。如果医生没有积极回应患者关于病因病理的提问或者患者所表达的疑问，那么患者就很可能在咨询中体会到医生的回避态度和行为，医生和患者间的关系紧张也会增加。Roter（1977）和 Kaplan 等（1989）也发现，患者提问越多，就越会增加医生的焦虑和愤怒，尽管这种现象被解释成一种患者参与的指征，而不被认为是一个负面的研究发现。

患者觉得他们想向医生提问吗？如果是，他们为什么不公开提问？

在 Tuckett 等人的研究中，76%的患者事后说，在面谈过程中他们有一些特定的疑惑和问题，但没有向医生提及。为什么踌躇于提问呢？为什么当他们终于鼓起勇气时，又常常是隐晦地提问，对他们的信息需求只给出一些间接的暗示？研究中的患者对他们的行为提出如下理由：

- 提问、表达疑惑或者表现得好像他们的观点很重要，并不取决于他们（36%）。
- 担心被医生看不起（22%）；
- 被医生的负面反应所吓倒（14%）；
- 太慌张或匆忙，以至于不能提出连贯一致的问题（27%）；
- 怀疑医生当时是否会再多告诉他们些信息（22%）；
- 忘记提问或者等下次确定他们的问题比较合理之后再提问（36%）；
- 害怕知道病情真相（9%）。

只有19%的患者在会谈中显出他们的知识差距，并说明他们不提问是因为他们对答案不感兴趣。

患者和医生共同参与会对病史采集产生什么影响呢？

将Tuckett等对医疗咨询中患者行为和医生行为的研究结果结合起来，导致的却是令人沮丧的结论。双方显然都采纳了医患关系的传统观念中所预言的各自角色。患者感到理解与否与己无关，提问也不取决于他们。他们害怕医生对他们所提问题的反应。总体而言，85%的患者试图参与意见、提问或表达疑惑，但大多数都使用暗示和含糊的提问而不是公开提问。医生在提取暗示或隐晦信息方面表现不足，不鼓励甚至积极阻碍患者表达意见，当患者大胆表达意见或提出问题时，经常表现得更加紧张。因此，医生的行为与患者的认识共同作用，加强了患者的被动角色，从而使医患之间的共同理解难以发生。

医生控制信息的传统显得非常强——患者接受被动角色，并且假定掌握主动权的医生是公正无私的。不幸的是，医生和患者的行为自身能永远存在——患者和医生的以往经历加强了笼罩着医患关系的对权威的尊重和顺从。

(4) 医生和患者能否在信息给予过程中更积极地相互影响，走向共同理解？

我们已经看到，患者在医疗咨询中越积极主动，就越能得到他们想要的信息。同时，如果医生愿意，他们毫无疑问能够影响患者，使他们发挥更积极的作用。Svarsted（1974）的研究表明，避免使用某些抑制行为的医生能使患者有更多提问。抑制性情况包括：看钟表，使用术语、不可理解地咕哝、打断患者的话、忽视患者的评论、表现不友好以及仓促结束咨询等。医生似乎能够根据不同情况变换他们的行为，迫于时间压力，他们会运用更多的沟通限制策略。因此，医生和患者都能影响咨询中信息分享的程度。

(5) Tuckett等人关于患者信息记忆的研究与以前的研究相符吗？

Tuckett及其同事的研究中一个非常重要的发现是，患者能够记忆的信息远远多于以前研究所显示的数量。他们发现只有10%的信息被遗忘，不同于Ley的研究中所说的30%～50%。鉴于过去医生曾用患者的记忆差来证明给予患者有限信息的合理性，这一新的发现极为重要。那么造成这一重大差别的原因何在呢？

虽然有可能是因为所研究的会谈发生的场合不同，但目前看来最有可能的原因是Tuckett团队用于评估患者记忆的方法学不同。第一，他们只评价患者是否记住了医生说过的“关键”点。这就非常不同于看患者记住了医生全部谈话中的多少陈述。第二，以前的研究采用“自由回忆”法，研究人员询问患者一般性问题，如“关于你来就医的原因，医生说了些什么？”然后不允许深入探询。Tuckett等人则采用了“探询式回忆”法，研究人员使用一种标准的面

谈方式，但是允许去发现患者的真实意思并澄清他们的回答。

(6) 医生的解释被正确理解了吗?

大约 90%由医生所提供的信息要点能被患者记住，但它们能被理解吗? Tuckett 和他的同事们通过第三方评估，将患者对所接收的信息的理解与医生的真实意思进行对比，结果再次发现患者相对较高的理解水平——73%的患者对他们被告知的信息要点有正确的理解。

Tuckett 等观察到两种关于“如何”给予信息的概念（即信息清晰度和通过交换观点获得共同分享）对患者理解的效果。令人吃惊的是，在医生解释的清楚与否和患者能否正确理解医生意见之间完全没有关联性!

但是，如果尝试将共同分享的价值与患者的理解相关联，则产生出二者之间存在关系的证据。如果在咨询中医生抑制或规避患者的意见，那么比起医生在咨询中不压抑或规避患者的意见来，就更可能导致患者记忆和理解的失败。患者的理解率由 40%下降到 29%。这一点提醒我们，重视患者的解释框架确实可以提高患者的理解。由于医生极少表现出所需要的恰当技巧，因此不可能评估共同分享的其他方面。患者的理解难得被医生检查和澄清，患者的意见和信念也常常不被发现，而所给的基本原理更难得与患者的解释性信念相联系，因此它们对患者理解的影响效果难以确定!

为了获得有关医患之间彼此交流看法重要性的进一步信息，Tuckett 等进行了一次对咨询的小样本的定性分析。对这些医疗咨询音像的进一步考察以及咨询后的会谈都表明，当医生提供的信息不符合患者自己的解释框架时，患者在记忆和理解信息方面都会有一些特别的问题。理解问题的关键好像是患者加诸医生解释上的自己的详细看法。如果与医生的解释相匹配，那么就产生好的理解，即使医生解释的既不清晰也不够多。但是，如果医生和患者的解释框架不相符合，那么患者的理解就很糟糕。不足为奇的是，吸收那些不熟悉的、不期望的或者威胁性的信息更加困难。因此，医生提供的模糊和杂乱无序的信息，很可能毫无帮助。

不好的信息给予显然会导致相当范围的误解。如果医生与患者的观点存在分歧，患者就可能在医患双方都意识不到的情况下，得出一个与医生想要表达的内容完全不同的版本。由于医生既没有发现患者的观点，也没有清楚地转达与患者观点不同的意见，也没有在给予信息之后检查核对患者的理解，因此患者非常可能曲解了医生的信息，甚至错误地假定医生是在肯定他们的观点。相反，如果医生与患者的观点非常接近，那么医生就更容易逃避杂乱无序和模棱两可的后果，因为医患之间业已存在了共同点，不太可能发生误解。

(7) 患者遵从医生的观点吗?

绝大多数（75%）记住并且理解了所提供的信息的患者会遵从医生的观点。研究再次证明，如果医生在咨询过程中抑制或规避患者意见，比之在咨询过程中不抑制或规避患者意见，更可能导致对医生的观点缺乏遵从。

定性分析显示了遵从医生观点的患者与不遵从医生观点的患者之间所存在的较大差异。遵从者通常期盼他们所听到的并且已经同意了的信息。然而，如果患者一开始就跟医生看法不一，那么咨询本身好像难以改变他们。患者拒绝接受医生的观点而热衷于自己的观点。由于医生很少关注患者的意见，因此一直不清楚患者的想法，无法针对患者观点进行解释。Tuckett 等人坚信，不先确定患者的真实想法，就不可能彼此交换双方的意见，也就不可能提高患者的依从性。

如前所述，许多患者表达了疑问或者要求医生进一步解释其原理。Tuckett 等人的研究表明，以这些方式向医生表明提问证据的患者，在咨询结束后，更有可能不遵从医生的观点。患者似乎更强烈地警告我们需要认真对待他们的观点和思想。然而，总体上讲，医生们还是忽视了患者共同探求彼此观点的努力。

(8) Tuckett 及其同事的主要结论是什么?

Tuckett 等人的结论是，需要采取两种合作方法以鼓励在患者记忆、理解和遵从方面的成功：

- 解释—以便患者能够理解医生所说的话，了解医生的观点与自己的观点之间是否存在分歧。
- 结合检查患者对所给信息的诠释和反应，探知患者的信念和意见。医生需要有意地探寻医患之间的观点分歧，并与患者协商一个共享的解释模式。

Tuckett 等建议，我们需要改变解释与计划的方法，使其成为“专家的会议”——在拥有不同专门技术的两方之间，开诚布公地分享我们的解释模式，其中一方是医学专家，另一方则是具有独特经验的个体。

虽然 Tuckett 等人的研究清楚表明，医患间解释框架的差异导致了患者更糟糕的理解和遵从，但没有直接证据证明他们所建议的方法的有效性。很少有咨询显示医生对患者意见的主动探究，或者显示与患者的解释性框架相联系的包容性解释，所以统计分析证明不可能。这就留下了个一知半解的问题：如果我们确实引发出患者的互相矛盾的意见，予以充分考虑，并联系它们来解释我们的发现，那么我们能增进患者的理解和依从吗？幸运的是，还有许多其他人的研究，不但肯定了 Tuckett 等人的工作，而且对这些问题加入了进一步的见解。

6.5.3.2 支持共同理解的其他研究工作

Tuckett 及其同事关于“坦率分享解释模式”的概念，非常符合我们在第 3 章里讨论过的“疾病一患病”模式和“双方相互理解的共同基础”的概念。当时我们倡议用一个“三阶段”计划去发现患者的信念。

- 确认
- 接受
- 解释

这一计划结合医生和患者二者对问题的理解，而达到双方相互理解的共同基础就是最终目标。那么，除了牢记 Tuckett 关于理解和共享解释模式之外，还有其他什么证据支持这种方法呢？

Eisenthal 和 Lazare（1976）（参见第 3 章）的研究表明，如果精神病门诊的医生发现了患者的期望，那么患者更可能感到满意并遵从治疗计划，而无论其要求是否得到满足。换句话说，我们之所以要探知患者的期望，不仅是为了提供患者想要的信息，而且是为了在公开理解各自立场的基础上进行协商。引发出患者的期望可以促使医生考虑与患者处境相关的问题，得出支持或反对不同方法的证据。这不是发现患者是否想做一次 CT 检查，然后顺应他们的心愿，这很重要，但是要发现患者对整个疾病的期望，联系他们的观点来解释医生的立场，并且达成一个双方都能接受的协商的计划。

Arborelius 和 Bremberg（1992）在一项对全科医生的研究中表明，在那些医患双方都给予正面评价的咨询里，医生加倍努力探知患者的意见和担忧，投入了更多时间实现共同理解的任务，并让患者参与对自身的管理。

Maynard（1990）使用一种定性研究方法，调查了在医生向患儿父母提供有关患儿发育迟缓信息的情况下，发现患儿父母既有知识以及感受的重要性。在这种“宣布坏消息”的场景里，Maynard 确认“互动性结盟”是决定父母如何接受患儿发育迟缓诊断的关键因素。如果医生没有探知父母的既有知识和对患儿病情的感受就给予这一消息，患儿父母很有可能直接拒绝这个诊断。如果临床医生首先发现了患儿父母的理解水平，就会有更多机会以患儿父母能够接受诊断的方法给予消息。因此 Maynard 推荐一种互动方式传达困难的信息，此时医生将他或她自己与患者“结盟”，从而在问题发生之前就有所预料。医生传达的信息一旦遭到拒绝或否认，结果将很难补救。

Maynard 的研究可能某种程度上有助于医生克服其他一些研究所发现的难题。研究文献（Starfield 等，1981；Bass 和 Cohen，1982）的一致发现是，在咨询结束时，对问题的性质或随访的需求缺乏一致的意见，从而导致患者疾

病症状改善的降低。改进这种状况的途径之一可能就是采取 Maynard 的“互动性结盟”的方法。

Inui 等人（1976）观察了一项单次培训课程的效果，该课程针对负责门诊高血压患者的医生们进行有关帮助患者遵从医嘱的面谈技巧的培训。在这次历时两个小时的培训辅导中，医生所看到的是：

- 不遵从医嘱在患者中很普遍；
- 患者血压控制的不佳很大的可能是由于遵从医嘱较差（90%关联）；
- 医生们应当讨论患者们对高血压病及其治疗的态度和信念的知识，而不只是探寻高血压的并发症；
- 医生们应当由纯粹的诊断师转变成患者的教育者；作为医生，他们应该把患者的信念、态度和理解与对他们的解释工作相联系，分享疾病的基本原理，并帮助患者克服遵从医嘱的障碍。

研究结果显示，与对照组的医生相比，受过培训的医生不仅花费更多时间考虑患者的意见和教育患者，从而使患者对病情的理解提高，对医嘱的依从度也提高，而且甚至直到辅导完六个月之后患者的血压仍然能得到较好的控制。这是共同理解的概念产生良好生理转归的一个证据。

同样的，一项针对负责儿科门诊的中耳炎患者的医生们的有关帮助患者遵从医嘱的访谈技巧的单项培训课程的研究，结果也显示增强了患者对医嘱的依从性（Maiman 等，1988）。

为进一步了解建立相互理解的共同基础的原理和方法，我们需要再回顾一下第 3 章所谈到的“西安大略大学的头痛患者研究小组”的研究（1986）。在这个为期一年的前瞻性研究里，解决头痛问题的最佳预测指标不是诊断、干预、转诊或处方，而是患者的认识，即他们想有机会在首次就诊时就能诉说他们的故事，并与他们的医生充分讨论他们对头痛的担忧。显然，即便是共同理解的认识——当患者有机会与人分享他们的故事和担忧时，达成共同理解基础是可能的——是影响医疗结果的一个有力的变量。

在本章下一节里，我们将更详细地介绍另一项转归研究。Kaplan 等人（1989）辅导患者在医学访谈时说出他们的问题和担忧，结果发现，患者行为的改变不仅导致了会谈本身发生了戏剧性变化，而且导致了糖尿病和高血压的生理转归的改善。

6.5.3.3 我们能够推荐什么技巧来帮助学习者与患者达成共同理解？

怎样才能使我们从上述研究中所学到的课程发挥生命力？如何把这些课程运用到医疗咨询的实践中？模拟演讲再次帮助我们回答这些问题。最具互动性

的演讲方法就是“以听众为中心的演讲”，如：

- 通过分段和检查，评估学习者的起点，剪裁演讲内容以适应学习者的需求（“抛飞盘”法）；
- 重视演讲的结构和组织、语言以及视觉辅助（“推铅球”法）；

演讲者也可以有意地在演讲进程开始阶段鼓励听众集体讨论他们的疑惑、担忧和期望。随着演讲的继续，演讲者反复地：

- 在演讲进程中提到学习者的疑惑；
- 通过解读听众的语言和非语言线索，检查听众对所讲内容的反应；
- 故意询问听众对所讲内容的反应。

注意，演讲者在这里必须更加灵活，以适应听众的不同需求，同时必须非常谨慎地适时使用演讲的组织和结构工具，以免演讲内容显得太随意和散乱。换言之，我们要在追求高度互动性的同时，不要丢弃“推铅球”法的课程的根本内容。

到现在为止，一切还都不错。但是，“抛飞盘”法最大的力量不仅在演讲者对全体听众进行大范围演讲的情况下得到发挥，而且在两三个人彼此作为同伴或合作者时的人际沟通情况下也可以发挥。因此“抛飞盘”法意味着更大可能的互动和人际关系。在医学访谈的情况下，不仅医生说，患者也同样要说。我们从“以学习者为中心”的演讲模拟中学到的所有功课，都可以应用到医患沟通中去，并且甚至有了更大灵活性和互动的机会，因为医生和患者彼此在倾听、彼此回应，达成更多共同理解，以建立一个清晰的“相互理解的共同基础”。

(1) 把医生的解释与患者的看法联系起来

在第3章，我们讨论了信息采集，并明白了发现患者看法对有效的医学访谈是何等重要。我们明白，发现患者的意见、担忧、期望和感受的优势，不仅更有支持性和理解力，而且有助于医生做出正确诊断，使咨询面谈更加有效果和高效率。

然而，发现患者的患病框架最重要的益处，可能是它对解释与计划的效果，这一点我们在前面引述的研究中已经看到。如果医生的解释没有提及患者的个人意见、期望和担忧，那么，他们的记忆、理解、满意度和依从性都可能受到影响。

在会谈这一阶段的早期，我们就需要开始把我们的解释工作，与在先前收集患者信息的时候所发现的患者的患病框架联系起来：

> “您刚才提到，您担心自己可能发生了心绞痛……我知道您为什么这么想，但实际上我认为更像是肌肉疼……让我来解释为什么。”

(2) 提供机会并鼓励患者参与意见

如果达成相互理解的第一阶段，是医生结合之前引发出的患者的看法，向患者提供解释，那么第二阶段就是要发现并提到患者对你现在正在给予的信息的想法和感受。其中的核心要素是给患者提供机会来提问，寻求解释或表达疑惑。医生在此必须非常明确——因为我们已经看到，许多患者不愿意表达自己的想法，常常欲言又止，向医生提问也是非常犹豫不决。除非医生积极地邀请他们这么做，否则他们就会带着没有得到解答的问题，有折扣的理解和对医疗计划的遵从承诺而离开：

> "您还有什么问题吗？还有什么事情我没有谈到或者没有解释的吗？"

然后，医生当然必须做出恰当的反应——如果没有医生的确认和兴趣，患者就不会受到鼓励，认为他们自己的意见对医生而言非常重要，而是将回到比原来更加被动的角色：

> "是的，那是一个重要问题。我很高兴您能提出这个问题——我会努力为您解答……"

(3) 提取语言和非语言线索

另一种发现患者想法和感受的方法是尽量提取他们的语言和非语言线索。要记住大部分患者采用间接含蓄的暗示表达他们的疑问或问题，而不是公开陈述或提问。因此医生们必须寻找那些比较细微的线索，弄明白患者希望提供什么样的信息或提问什么样的问题，或者是不是因信息过多而不知所措，或者正为疾病而苦恼。

> "您好像不高兴——是因为可能要做手术吗？"

(4) 引出患者的信念、反应和担忧

除了提取线索外，重要的是主动寻求患者对已经讨论过的内容有什么反应，在讨论中我们要明确而详细地询问患者的感受和担忧，必要时认可这些问题并加以解释说明。

> "我不知道，您知道消息之后的感受如何……"
> 或者
> "那个消息让您有什么担忧或疑惑吗？"

6.5.4 计划—共同决策

讨论了"解释"之后，我们接着讨论"计划"。近些年来，不仅关于信息

给予的概念有了长足发展，对计划和决策制定的医学职业方法也有了很大的转变。医学研究者、教育者、伦理学家以及患者群体越来越倡导“共同决策”模式，把伙伴关系、共同协商和双方相互合作等理念纳入其中（Coulter，1999）。那么，这些倡议背后的理论和研究证据是什么呢？

6.5.4.1 共同决策背后的理论概念

30 多年来，很多作者为医疗计划的合作式方法的概念提供了理论支持。Becker 在《健康信念模式》（*Health Belief Model*）（Becker 1974）一书中探讨指出，患者对一整套治疗方案的遵从，或者健康行为的改变，受到一种平衡的影响，也就是患者对可能由此得到的潜在益处的理解和估价，与执行医生建议的代价以及个人或社会障碍之间的平衡。根据这个模式，医生不仅应当教育患者了解治疗的性质和效果，而且需要发现患者对代价和障碍问题的看法，以便解决这些问题。只有当医生愿意在医疗咨询中采取协商方法的时候，这一过程才会实现。Slack（1977）认为，患者应该被鼓励在医生的帮助下做出自己的决定，而不是由医生帮他们做出选择。这样，医生就可以从感觉要对患者发生的所有问题负责中解脱出来，也摆脱了伴随医疗家长制的责任和义务。Brody（1980）建议采取四个必要的步骤，鼓励患者在医疗决策中发挥积极作用。这些提议汇集了本书倡导的很多观点：

1. 营造一个有益于患者参与的氛围，欢迎患者的贡献，积极探知患者的想法和问题
2. 确定患者就医的理由，目标和期望
3. 提供有关疾病性质的恰当的信息，包括医生对病因病理的解释，可供选择的治疗方案，各种方案的优缺点，以及医生的建议和推荐等（而不是指示）
4. 引出患者知情后的意见和优先选择，对任何分歧进行协商

Quill（1983）探讨了协商和约定在双方认同的医患关系中发挥的作用。Herman（1985）强调了医生与患者分享可能的治疗方案、引出患者优先选择的重要性，以便患者理解医生对疾病的病理解释，参与决策制定，并与医生分享医疗咨询的主导权。Deber（1994）提出，选择最乐观的治疗方案常常是一个边缘性的决策——“正确”的决策，极受特定患者赋予不同诊疗结果的价值和对某种措施的认识的影响。只有了解了患者对这些问题的独特看法，医生和患者才能一起做出知情的恰当选择。Steward 等人（1997）在他们“以患者为中心”的医疗模式中，支持相互性、合作和伙伴关系。Pew-Fetzer 任务小组的文献在“以关系为中心”的医疗方面也同样支持这种理念（Tresolini 和

Pew-Fetzer任务小组，1994)。

(1) 相互依存模式

Roter和hall(1992)在他们的《医患间谈话》(*Doctors Talking with Patients, Patients Talking with Doctors*)一书里，描述了医患关系的四种可能模式，即家长式、消费式、疏于职责式和相互依存式。

家长式医患关系的特点是医生高度/患者低度控制。医生制定出自认为对患者最有利的决策——患者合作的方式就是接受医生建议，按医生所说的做。在特定情况下，这种医患关系模式受到患者青睐——比如患者病情严重、容易被劝说，以及无法参加与更平等的关系时。这种模式也为某些特定患者所偏爱，特别可能的是年纪较大、文化水平不高的患者(Haug和Lavin，1983)。然而，即使医生和患者看上去一致同意，这种医患关系模式的恰当性还是存在问题。医生和患者经常处在不平等的地位，很少有患者能在塑造医患关系时真正发挥有效作用。患者的被动角色，可能是没有充分理解治疗选项而形成的差异多年积存的自然结果(Deber，1994)。在家长式的关系里，不太可能发生关于不同决策立场的开诚布公的仔细讨论。因此有学者建议，医生的部分职责应当是教育和鼓励患者参与到与医生的“成人对成人”的关系中来。

消费式医患关系是另一个极端，是患者高度/医生低度控制。一个更年轻、受过更好教育的患者可能发挥一种更自信的作用，而医生只是以同意患者请求的方式与患者简单合作，如检查或药物治疗。这种模式也会产生诸多问题——比如，如果患者的请求超出了医疗常规，如果他们的请求并不符合患者的最佳利益，或者如果他们的请求是在浪费宝贵的医疗资源，那么医生应该如何应对？在现行医疗体系里，患者作为消费者，他们可以尽力选择，更换医生，直至找到一个能满足他们要求的人。而且医生的收入取决于吸引更多患者，完成更多诊疗任务，所以优良的医疗实践就成了消费主义和金钱刺激的牺牲品。在这一模式中，医生和患者之间的信任受到侵蚀，医生的专业技术被弱化，就像在家长式医患关系里患者被弱化一样。

疏于职责式或放任式医患关系描述了一种无人负责的模式，其中医生和患者的控制都很弱，医患关系对双方来说都变得没有目标也没有效果。

在**相互依存式医患关系**中，存在着高度的医生控制和患者控制。医生主动探知患者的倾向性意见，并与自己的想法进行明确对比——医生结合患者的意见解释他们的推理和判断。于是，开诚布公的协商导致了更为平等的双方的思想交会，结果产生出相互同意的合作性计划。患者可以坦率说明他们比较喜欢的选择，或者解释为什么他们不能遵从某个特定医疗计划。同样，医生也可以公开讨论他们自己的两难选择，解释为什么患者的建议不具优势，以及为什么

医生感到难以满足。医生和患者的观点经常略加调整就能相互适应，而在咨询过程中可以发现双方潜在的分歧进而当场解决。而在一个比较“以医生为中心”制定医疗计划的方法中，这些疑惑就不会在面谈时表露出来，而等患者离开门诊之后，心里就会萌生不遵从医嘱的念头。

(2) 共同参与决策制定之模式

最近，Charles 和他的同事们（Charles 等，1997、1999a、1999b）倡导了一种医患共同参与决策制定的模式。他们比较了三种可能的情况：

- 医生家长主义；
- 患者知情后作出选择；
- 医患共同参与决策制定。

前面我们已经讲述过**家长式医患关系**。有趣的是，作者们指出，即使在这样的关系里，医生仍然可能发现患者的优先选择，并将其纳入决策制定过程。这被描述成医生相当于患者的全权代理而行动——医生尽力做出患者自己也会做出的决定（Gafni 等，1998）。虽然医生可能觉得这是一种制定决策的合作性方式，但最后还是医生代表患者做出决定，医生支配了整个决策过程。因此从定义上讲，真正的制订计划中的医患伙伴关系并不存在。

在**患者知情后作出选择**的情况下，医患之间伙伴关系确实存在，但是基于一种严格的分工。医生的作用只是提供信息。医生先行一步，为患者提供所有有关治疗选项的信息，说明各种治疗的益处和风险。传达给患者的信息必须是充足的，以便患者做出知情后的选择。然后就该轮到患者了。这时候，患者既掌握了必要的信息，又有制定决策所需要的个人的倾向性意见。患者自己深思熟虑之后做出选择。医生没有责任或请求参与患者的决策，也不应表达任何支持或建议去影响患者，以免产生否定患者决策支配权之嫌疑（Eddy，1990）。然而，这里的一个潜在问题是：当患者面对一个困难的独自抉择而得不到医生的支持时，他们可能会倍感焦虑，甚至有一种被抛弃的感觉。另外，这种方式也否认了医生在决策过程中的任何输入，并迫使他们采取某些他们认为本身或社会都不能接受的行动。所以，虽然患者被赋予全权，但对有关各方都有重大代价的风险（Quill 和 Brody，1996）。

相反，**医患共同参与决策制定**模式本质上更具交互性，医生和患者共同参与决策制定过程中的所有阶段。我们认识到，所有信息从一个见多识广的医生向一个能力强且独立的患者有效传递，这样的模式对很多医疗咨询而言是有缺陷的。医生沟通技巧和知识的不足，患者的情感因素以及对科学理解水平的不同，都会妨碍患者自己做出一种知情的决策。在共同参与决策制定的模式里，取而代之的是一个双向的信息交换（包括医患双方各自带入会谈中的技术信息，

患者的意见、担忧和期望等)。医患双方各自展示他们关于治疗的倾向性意见或优先选择，并都赞同对将要实施的决策或医疗计划要达成一致意见。这好比医生和患者正在对决策进行合法投资，为达成一个共识而共同经营。在患者知情选择的方法中，完全的信息共享至关重要，但是现在却要进一步到达共同决策的阶段——这些是会谈中解释与计划阶段的分别构成部分，需要分别的技巧。

在共同参与决策制定模式里，只要医生明确表示患者享有与医生一样重要的地位，且共同决策需要名符其实地共同达成，他就完全可以表达自己的倾向性意见或优先选择。但是，医生同样可能处于一种“相持不下”的状态（Elwyn 等，2000），而对患者可以选择的几种治疗选项真的没有一种倾向性意见。无论医生是处于僵持状态还是有自己的优先选择，医生都不应该“不赞成”患者的最终决定——最为重要的是讨论。

现在，共同参与决策制定模式受到广泛支持（Coulter 等，1999；Elwyn 等，1999、2001；Holmes-Rovner 等，2000；Schofield 等，2003）。大量的同义词也在广泛使用，因此可能会让人产生混淆——比如：基于证据的患者选择（Hope，1996；Edwards 和 Elwyn，2001；Ford 等，2003），知情的共同决策（Towle 和 Godolphin，1999；Godolphin 等，2001）以及一体化决策制定（Trevena 和 Barratt，2003）。

但是医生们会常规性使用这些方法吗？令人痛心的是，研究证据显示，当前的医疗实践并没有采纳共同参与决策制定这一概念（Makoul 等，1995；Stevenson 等，2000；Campion 等，2002；Elwyn 等，2003b；Richard 和 Lussier，2003）。

鼓励患者参与意见的进一步方法都集中在患者而不是医生的作用上，并通过推进下列策略促使患者为咨询面谈或参与咨询面谈做好准备（Tuckett 等，1985；Kaplan 等，1989；Middleton，1995；Health Canada，1999；Korsch 和 Harding，1997；拜耳医学沟通研究院，1999；Fleissig 等，2000；Cegala，2003），比如：

- 要求患者在面谈之前准备好需要讨论的问题清单；
- 为患者提供一些有用问题的提示卡片或备忘录；
- 为患者提供有关信息，告诉他们怎样才能达到最佳就医效果。

(3) 从遵从到和谐

与共同参与决策制定紧密联系的一个概念是“和谐”（Marinker 等，1997；Marinker 和 Shaw，2003；Britten，2003）。实际上，和谐是从用药的角度看待共同参与决策制定（Elwyn 等，2003a）。Marinker 等（1997）把和谐定义为：

“患者与医生之间达成的一种协议，在决定是否、何时以及如何用药时充分尊重患者的信念和愿望。虽然是相互的，但是一种联盟，在其中医生认识到，在使用医生所推荐的药物上，患者的决定是第一位的。”

这一定义接受了一个显而易见的事实，那就是，从各方面来看，是患者在自己的家里决定是否或怎样服用药物。我们知道有50%的长期药物治疗，患者要么不服用药物，要么不正确用药（Haynes等，1996）。如此大量的不遵从医嘱，造成了严重的健康问题和医疗成本问题。Coambs等人（1995）在有关不遵守医嘱的文献综述中，总结了那些演变而成的模式，以解释不遵医嘱问题，结果发现，那些结合了患者态度、健康信念和遵从意愿的模式，而不是只关注患者的生物或社会特性的模式，能够成功预测不遵医嘱现象。他们还总结道，“当医患关系是一个协商过程，而对所建议治疗的理解不断增强并认同时，患者遵从治疗方案的程度就会很高，其健康状况就能得以改善。”

医生越来越多地避免使用“遵从”一词，因为该词暗含被动、服从和“听从医生命令”的意思。“遵从”一词不符合共同参与决策制定的现代理念。有关遵从医嘱的文献会让人认为医学是理性的，而患者不遵医嘱就是非理性的。医生们被视为在用药决策上的主要贡献者，而患者被视为被动、服从、不问就里的医疗建议接受者。不遵医嘱者是某种“淘气”，因此应主要归咎于患者。

当然实际上，患者们是根据他们的信念、经验和当时可以获得的信息来做出自己的决定。他们有自己的理性探讨，与较狭隘的医学理性观点不同，并且含义更宽泛。当然医生处方本身不是精确的或中立的科学——医生们之间存在分歧，还有许多来自医疗系统和药品公司的对处方者的商业和其他压力，而医生的个人经验也会不适当地影响其处方行为（Donovan，1995）。

向和谐转移就是试图重新调整这种平衡。一个患者可能不遵医嘱，但只有面谈或讨论才可能不和谐（Britten，2003）。和谐是指两方之间的关系——作为医生我们需要了解患者决策时的困境和偏好，并且公开讨论这些问题，而不是仅仅以医疗需要为据为患者决定一个最佳治疗方案。和谐意味着医生要从只考虑最有效地控制病情（即发作），转向从患者的角度所看到的最好的治疗结果（也就是要在控制疾病发作和药品副作用最小化之间达到一个平衡）。疾病的健康转归应当次于患者所感知到的整个生活质量。和谐的目标就是把这些分歧和困难公开而不是秘而不宣——因为它们无论如何总要发生，只不过按照传统的方法，医生并不知道患者没有遵从医嘱。

因此和谐是指在尊重患者信念和愿望的前提下，医生和患者之间，就药物治疗而不是就遵从医嘱所达成的协议（Britten，1994；Dowell等，2002）。正如Marinker等人（2003）令人信服地说道：

“医生和患者的意见不可能永远一致。和谐的含义就是，当分歧发生时，患者的意见优先。这就引出了关于选择和责任的挑战性问题。如果患者同意采用的唯一的治疗手段远非现代医学所能达到，那么就留给医生在感情上、伦理上和法律上都难以解决的责任。医生的困难在于必须承认，是患者的议程而不是他们自己的议程决定了患者是否用药。患者对他们的用药和整个医学有自己的信念。他们有自己的优先考虑，以及自己关于健康和保健、风险和益处的理性话语。这些可能不同于，有时甚至对立于医生的观点。但是它们不乏说服力，一致性和重要性。”

如果所有医生都应用和谐模式会怎么样呢？它会对患者个人和整个群体产生什么影响呢？我们至今尚不清楚。有一种结果可能是，如果医生公开考虑患者的意见，不开那些患者可能不服用的药物，那么买药的钱数可能会减少。但这会改善人群的健康状况吗？答案是不一定——在此我们看到公共医疗卫生（对人群整体而言是“好的”事情）与患者个人自主权之间可能发生摩擦。

6.5.4.2 支持共同参与决策制定的研究证据

我们有什么研究可以证明医患合作的方法能改善患者的治疗结果呢？

通过进一步研究医生引导患者表达期望与患者因此而产生的满意度之间的关系，Eisenthal 等人（1979）证明，在决策过程中较高程度的协商和患者参与，与增强的依从性和较高的满意度相关。通过一种“协商性方法”，作者们引出患者的治疗预期和医疗需求，积极协商治疗计划，并检查所协商的计划以了解患者是否同意。

Schulman（1979）发现，更积极参与治疗计划的高血压患者，有更高的依从性，治疗结果也更好。“积极参与”被定义为，患者把自己看作医生的合作伙伴，参与双向沟通和共同决策，被告知疾病治疗原理，被鼓励表达他们自己的意见和报告药品副作用。结果，“积极”的高血压患者表现出对自身疾病更好的理解，更少的药品副作用，更好地遵从医嘱，更多采取健康促进的行为，而最为重要的是，能更好地控制血压。

Brody 等人（1989）的研究显示，报告在就医时发挥积极作用的患者，比被动的患者更满意于他们的医生，对疾病的担忧更少，对疾病的控制意识更强。

Kaplan 等（1989，1996）在初级医疗保健门诊和专家门诊两种场合下的慢性病（高血压，胰岛素依赖型糖尿病和风湿性关节炎）研究结果显示，医生控制较少、个人参与较多的患者，会形成较好的功能状态和生理结果。患者的医生表现出越多的鼓励参与风格，就越能令患者满意，更换医生的频率也越

低。Kaplan等的研究还表明，在咨询中越积极主动的患者，报告因疾病引起的健康问题和功能受限就越少，对自我健康状况的评价就越高。积极的患者也能够更好地控制他们的高血压和糖尿病。但是上述发现是由于患者内在人格差异？还是由于患者的积极性本身是这些生理状况改善的关键？如果是，那么这种咨询中的参与，能否通过教育来提高呢？

为了回答这些问题，Kaplan等（1996）进行了一系列随机对照试验，分别观察患有高血压、糖尿病、乳腺癌和溃疡病的患者。他们先教这些患者掌握一些行为策略，使患者在医疗咨询中成为更加积极主动的参与者，然后调查这种教学辅导的效果。患者们被指导如何改善他们的提问，如何提高谈判技巧，如何减轻紧张窘迫和害怕自感蠢笨的方法。患者们还看到自己的病历记录，通过一些图表使他们理解自己的治疗方案。这些教学干预手段导致了咨询面谈及其后果的显著差异。患者们在咨询面谈中更加积极主动，在讨论中的贡献更大，从医生那里得到更多信息，而且最重要的是，患者实现了既更好地自我监测身体健康，又在生理上更好地控制了疾病（包括更低的舒张压，更低的糖化血红蛋白 HbA_1）。这种生理转归的改善证明了早期Rost等人（1991）关于糖尿病的研究结论。通过如此众多的各类慢性病患者的研究，足以让人相信这一项更有普遍应用性的发现。

还有一项有趣的附加结果是，与更好的健康结果相关的，是医生和患者所表达的比较负面的影响。在这里，负面影响被定义为一些较为宽泛的行为，包括紧张、焦虑、傻笑、自觉以及不耐心或愤怒。这可能恰好代表了因正常医患关系变化而导致的角色紧张的增强，Kaplan称之为“健康的摩擦”，或者可能医生越是跟患者沟通，越会显得焦虑或担忧。但无论是什么病例，患者们在咨询过后都表达了对积极参与医疗决策更强烈的偏好。Hall等人（1981）也表明，医生负面影响的升高与患者的满意度提高相关。

这些发现证明了Roter（1977）早期的研究结论。他发现，在初级医疗保健门诊中，如果在患者的咨询开始前，进行一个简单的10分钟干预，帮助患者如何向医生提问，可以使患者在咨询中的提问成倍增加，使患者感到增强了对自身健康的控制和责任，并很少地退出随访。Butow等（1994）的研究表明，在肿瘤门诊前10分钟，向患者分发一页问题提示卡，会增强患者对疾病预后问题的提问，但没有增加提问的总数。Svarstad（1974）和Tuckett等（1985）也表明，患者提问或表达疑惑的意愿，通过提醒医生关注患者的需求，而导致医生提供更多信息。

Fallowfield等人（1990）发现，对于女性乳腺癌患者，如果医生提供两种手术方案，而由患者选择是乳房切除术还是乳房肿瘤切除术，那么相比于医

生直接决定选择两种手术方案之一，患者较少感到焦虑和担忧。乍看上去，这好像强烈支持了通过让患者选择从而使患者能参与决策的原则，但是技术上的考虑，却使得愿意提供选择的医生在实际操作中只能对50%的患者采用选择的术式。尽管如此，这些没有得到选择机会的患者也跟实际上被允许做出真正选择的患者一样，减轻了焦虑和担忧。就像 Stewart（1995）所说："我认为，不是患者的决策权力有效，而是在一个关怀、尊重和授权的环境中女性患者能在支持和安慰下做出重要决定。"这个结论可能依然只是推测，但是外科医生与患者联系与沟通的某些能力确实能造成生理转归的显著差异。或许共同决策的愿望正是医生转向相互依存而不是家长模式的反映。

Stewart 等人（1997）的研究显示，在咨询面谈过程中，如果患者能感到自己与医生在决策制定时找到了共同基础（参与对治疗方案的选择和治疗目标的共同讨论，明确各自在疾病处理当中的角色，医生检查核对患者的反馈等），那么，在咨询面谈后两个月患者的转诊和检查都明显减少。这说明，合作式方法可以降低对医疗系统的需求。

在回顾医患沟通证据时，Stewart 等（1999）人发现以下几方面有关治疗计划的沟通会显著影响患者健康转归：

- 患者被鼓励提问
- 提供清楚的信息
- 医生愿意与患者共同决策
- 医生和患者就问题和计划达成一致意见

有意思的是，咨询中医生对不确定性的公开表达证明与患者更高的满意度相关（Gordon 等，2000）。这一发现恰恰符合共同参与决策中立场的公开互换和协商，而不是家长式模式的确定。

6.5.4.3 是否所有患者都想参与共同决策呢？

在讨论信息提供技巧的时候，有一部分患者不愿主动参与，而更偏向于由医生决定。假定所有患者都希望以合作性方式参与制定医疗计划，那也是错误的（Cassileth 等，1980；Strull 等，1984；Blanchard 等，1988；Ende 等，1989；Sutherland 等，1989；Beisecker 和 Beisecker，1990；Hack 等，1994；Guadagnoli 和 Ward，1998）。例如，在 Strull 等人（1984）对高血压门诊患者的研究中，只有53%的患者希望积极参与决策。在 Blanchard 和他的同事们对癌症患者的研究中，92%的患者想要信息，但只有69%的患者想参与决策。在想要全部信息的患者中有25%的人仍然希望由医生做决定（Blanchard 等，1988）。

Deber 等（1996）质疑以前有关患者对参与决策愿望不高的研究结果。他们认为，这些研究没有区分解决患病问题（需要专业知识和技能以及医生必要的投入）和制定医疗决策（其中真正的选择是为患者权衡利弊）这两种不同的任务。在他们自己的研究里，患者不希望参与前者，但大都希望参与后者。

Degner 等（1997）研究了1012名被确诊为乳腺癌，而在肿瘤门诊就诊的女性患者。22%的患者想要自行选择治疗方案，44%的患者想与医生合作来选择治疗方案，而34%的患者希望由医生代为决定。只有42%的患者认为她们达到了所希望的对决策的控制水平。这种患者对参与决策所希望的和她们实际获得的程度之间的显著差别，提醒我们应当更加认真地审视我们是如何处理沟通和医疗的这一重要方面。

在 Gattellari 等（2001）对癌症患者的研究中，患者所期望的与他们实际上在决策中的角色不匹配，从而增强了患者的焦虑。然而，不管患者在会谈前的倾向性意见是什么，那些报告自己是共同参与角色的患者，对咨询的满意度、获得的信息量和受到的情感支持都明显提高。这就支持了一种概念，即除了尊重患者在偏向性选择方面的个体差异外，医生的部分职责也许还包括不断温和地鼓励患者参与共同决策。患者可能不理解通过向医生清楚说明倾向性意见而所获得的好处。我们知道医生们也不擅长引出患者对治疗的倾向性意见，而很多患者过去从来没有经历过这种类型的医患关系（Coulter 等，1994；Robinson 和 Thomson，2001）。

我们在这里提倡的方法不是去假定患者如何如何，而是公开征询患者对参与共同决策过程的偏好。即使患者此刻不想参与决策，这种讨论也会提醒患者，这是一个将来也可以进行的选择，并且不会受到医生的指责。我们需要说明的问题是“如何”发现每个患者的个人愿望，而不是凭空假设。虽然年长一些的患者、受教育水平低的患者以及那些病情较严重的患者更可能偏好一个非参与性角色（Degner 和 Sloan，1992），但他们其中很多人还是愿意选择被告知和参与（Stewart 等，2000b）。Strull 等（1984）和 Ende 等（1989）的研究显示，猜测而不直接询问每一个患者参与决策的愿望是多么的困难。医生的任务是明确每一个患者对参与决策的个体偏好，并相应地调整与患者沟通的方式，而不是凭空猜测或迫使所有患者都采取合作的态度。

既然患者对参与和信息的偏好可能随时发生变化，比如会依据疾病不同发展阶段的性质而变（Beaver 等，1996），那么就需要随着时间的推移和情况的变化，周期性地对患者的这些偏好进行讨论。因此，发现患者对参与决策的偏好应当被定义为一项进行状态下的任务，而不是单次会面所做的一次性评价。

6.5.4.4 我们能推荐什么技巧给学生，以帮助他们在制订计划中实现共同决策？

合作式的制定医疗计划方式，需要在整个咨询过程中使用很多技巧（Towle 和 Godolphin，1999；Elwyn 等，2003b）。对医生而言，关键性的挑战是首先创造一个环境，让患者在合作过程中感觉舒适。因此，我们在第 5 章所探讨的伙伴关系的建设和发展等技巧在此都至关重要。但是在咨询的这一阶段，我们还能使用哪些其他的特殊技巧，能把关于共同决策的理论和研究转化成临床实践呢？

（1）适当分享医生自己的意见、思维过程和困境

对医生来说，一种有助于更具合作性制订计划的特别技巧，是适当地与患者分享他们自己的思维过程、想法和所面临的困境。这一技巧对医生和患者都有好处。

- 降低不确定性，建立相互理解的共同基础。患者开始理解医生建议背后所依据的原理，明白了特定情况下所面临的困境。患者不再被冷落一旁，独自猜想为什么医生正在沿着一条特定的路径走下去。

- 鼓励患者贡献他们的意见。当医生公开了所面临的困境后，患者往往会陈述他们的倾向，或者提供有助于医生决策的进一步的信息。医生分享自己的观点是一个信号，说明医生可能有兴趣听取患者的观点，从而鼓励更开放的沟通。

- 迫使医生在提供信息时条理分明、清楚有序。医生们经常跳过疾病诊断、病因说明和疾病预后等问题，而直接探讨治疗安排——医生分享思想的做法有助于防止遗漏某些逻辑步骤，或者有效参与决策的患者所需要的信息。

> “有两种可能解释您的症状——溃疡或者胆结石。但根据目前对您的检查还不能确定是哪一种。我打算从两种方法中选定一种——或者就把它当成溃疡治疗；或者可能先做一些化验检查，进一步明确诊断……”

（2）让患者参与

Ⅰ. 向患者提供建议和选择而不是指令

为让患者参与到决策过程中，医生需要列举出他们认为患者可以得到的治疗选项，而不要建议某一特定的行动方案：

> “根据您刚才所说的，我想我们有两个选择需要一起考虑——一是马上使用激素替代治疗；二是暂时坚持这种治疗，过几个月再看看您的症状有什么变化。”

Ⅱ. 鼓励患者提出他们的意见和建议

医生也可以积极鼓励患者提出他们的意见和建议。患者心中可能已经有了其他选择而医生没有考虑到。要记住许多患者不愿意直接向医生表达他们的看法，因此需要公开要求他们克服犹豫。如果医生明确表示对患者的意见感兴趣，那么将来患者就更有信心自发回应医生的建议。

> 医生："您可能也想了很多。您现在看到的这些治疗选择跟您想的一样吗？您自己的想法是什么呢？"
>
> 患者："噢，我真的最担心骨质疏松，所以我也在考虑不采用激素替代治疗（HRT）了。我的朋友在使用一种叫作双磷酸盐（*bisphosphonate*）的药物——您觉得对我合适吗？"

Ⅲ. 与患者一起探讨治疗方案

对医生来说，接下来重要的事情是跟患者一起更深层次地探讨各种现有的治疗选择，并提供有关每一种选择的风险和益处的信息。

> "我简要重述一下。我们现有三种您可以选择的治疗方法：首先考虑使用激素替代治疗；其次是暂时不用药物治疗，看病情随时间变化的情况，以后针对有关问题再定治疗方案；第三看看使用双磷酸盐的情况。现在我如果把每一种治疗的风险和好处逐个讲一遍，您觉得会有帮助吗？"

在与患者一起探讨治疗选择时，有两个极其重要的领域一直是过去十年大量研究的课题。一是用一种真正客观的方式解释治疗风险的问题，以便患者能够理解并运用于他们的决策。二是使用书面信息和决策辅助材料，来帮助患者了解他们可获得的治疗方案，并从中选择。深入探讨这些复杂问题已经超出了这本书的范围，在此我们仅仅是突出强调一下。

Ⅳ. 风险沟通

在与患者进行有关风险的沟通时（Edwards 等，2000、2002；Mazur，2000；Gigerenzer，2002；Gigerenzer 和 Edwards，2003），使用以下方法需要非常谨慎：

• 对风险的统计学表示：绝对风险和相对风险的使用，治疗需要的病例数（numbers needed to treat，NNT），以及自然频率

• "框架"效应："框架"被定义为用不同方法表示逻辑上意义相同的信息——例如，"手术有 98%的存活率"相当于"2%的死亡率"。

通过有选择地使用统计数字和表现信息的方法（框架效应），有很大可能向患者提供有偏差的信息。这些偏差可能是无意的，也可以是故意的。如果在

共同决策的情况下看待风险沟通，信息偏差问题就特别重要（Edwards 和 Elwyn，2001b）。过去，风险沟通的结果常常是通过筛查程序或医生认为的最佳治疗方案的采纳来测量。统计数字虽然真实，但很容易被引用来夸大个体采用某一特别治疗方案的益处，并将风险估计最小化。在这种情况下，相对风险被用于夸大治疗效果，而绝对风险被用于降低治疗效果。虽然这种方法从公共健康的全民角度来看是合理的，因为其所考察的是整个国家的健康状况，但从个体的角度来说，对风险沟通唯一可以接受的衡量结果的方法，是医生提供没有偏差的信息，从而增强患者的能力，做出知情决定（Thornton 等，2003）。否则，我们就又回到了依从性问题而不是和谐问题，以及影响而不是参与共同决策问题。

另外，用什么方式展示治疗风险的统计数据，也需要考虑：

- 语言还是数字展示；
- 视觉和图表展示格式。

此处一个特别的问题是，不同的患者在接受复杂信息时，每人偏爱的表示方式有很大不同，因此很难设计出适合每个患者的格式。在此我们再次强调开发一整套技巧和方法的重要价值，有了这些技巧和方法，我们在与个体的患者互动沟通时，就能更加灵活。

V. 决策辅助

决策辅助所关注的，是如何通过提供额外的书面材料或其他格式材料，补充既有的医患沟通，以提高患者决策的质量（O'Connor 和 Edwards，2001；Robinson 和 Thomson，2001；Sepucha 和 Mulley，2003）。有些决策辅助被设计成一个讨论平台，供患者自己在进一步的咨询中使用，有些决策辅助则设计为在咨询中使用。决策辅助提供有关各种可能的选择和不同治疗转归可能性的信息，但是比单纯的信息散页传单更进一步，有助于明确患者自己的价值观念，并为如何决策提供指导。它们还有助于患者在已知的利害之间找到平衡点，所谓的利/害之比取决于循证医学、科学的不确定性、个人价值观和偏好。决策辅助已被证实能够：

- 促进患者了解自己的疾病、治疗选项以及治疗转归；
- 减少不知所措的患者的人数；
- 建造对治疗结果更现实的期望；
- 减少抉择冲突（不确定性）；
- 激发患者在决策中更积极而不增加他们的焦虑。

但是决策辅助似乎对患者满意度没有影响，对最终所作的决策，其影响效果也变化不定。然而值得注意的是，在大的手术决策中，决策辅助可减少超过

20%的手术偏好（O'Connor 等，1999、2001、2003）。我们在上面提到的有关书面信息以及那些不识字或视力受损的患者的警告性文字也适用于此。

（3）设立患者愿意参与的水平

在咨询的这一部分，关键目标之一应该是让患者在他们所希望的水平上参与决策的制定。我们已经看到将近70%的患者希望参与选择，但有30%的患者更愿意将决策权留给医生。因此，对医生而言，重要的是查明每一个个体患者参与选择的意愿，并相应地剪裁合适的方法，而不是不加验证地进行假设。我们也还看到，每个患者的这种意愿可能随时间而变化，因此，有必要定期地重复这一过程。

有两种途径可以实现这一目标。当存在真正的选择时（经常如此），医生可以委婉地鼓励患者参与其中：

> "有几件事情我们可以尝试，每一件事情如我所说的，各有其利弊。您有什么清楚的优先选择吗？"

患者可能回答：

> "好的，总体说来我不是一个常吃药的人，既然您已经说了这些，我想我宁愿克服喉咙痛，顺其自然吧。"

或者回答：

> "我不知道——您有什么可推荐的吗，医生？"

在此患者可能不直接表达他们是否愿意参与决策。更直接地发现患者对他们的治疗进行选择的意愿的方式是明确地询问：

> 医生："在治疗帕金森氏病时有几种选择——什么时候开始治疗，使用什么药物进行治疗，是否看专科医生。一些患者愿意参与这些决定，我也欢迎这样做。也有些患者偏爱让医生做主。此刻您希望自己怎样做呢？"
>
> 患者："那么，我真的希望知道有哪些选择，然后再与您讨论什么是最好的选择。"

（4）商议一个双方共同接受的计划

接下来医生和患者需要做出一个双方都能同意的决定。

Ⅰ. 标示出平衡的位置或医生自己的选择

如我们所述，在共同参与决策模式中，对医生而言，探讨了各种可能性，陈述优先选择，只要他/她清楚地表明这一点并且指出患者的地位与医生一样

重要，就完全可以接受。同样可能的是，医生处于一种“平衡”的位置，而且对患者在几种治疗中选择什么的确没有偏向：

> “在这种特定的情况下，从纯粹的医学立场出发，我个人更支持一方。我认为，鉴于您的家族非常强的缺血性心脏病史，以及您患病的风险因素，您最好服用药物来降低血压。但是这里我们也需要考虑您的观点——还是一个风险和收益的平衡。”
>
> 或者
>
> “总而言之，我认为我的位置极其均衡，对于您是否应该服用降压药，我并没有强烈感受。我想这归结而言还是在于您对我们讨论的各种事情相对重要性的权衡。”

Ⅱ. 设立患者的优先选择

要注意，与患者制订计划的方式也分各种层次，从家长式的指示和命令（“你必须做下列……”）到消费主义式的将所有的决策制定权都交给患者（“你想怎么做都行”）。在本章所主张的共同参与决策模式中，医生和患者双方的观点都能被表达得恰到好处，但医生既要小心地提供意见建议以供患者参考，又要仔细地倾听患者自己的意见和反应：

> “您总体上怎么想？您的优先选择是什么？”

Ⅲ. 协商分歧

医生可以让患者明白他/她希望共同决策，解决分歧并协商一个双方共同接受的计划：

> “我的建议我清楚……但对您是不是合适？我们需要再想想……告诉我您怎么想。”
>
> 或者
>
> “我对采取您所建议的方法有些保留。我能向您解释一下吗？然后或许我们两人可以找出一个解决办法。”

(5) 向患者进行核对验证

在制订计划阶段的末尾进行最后验证，是一种很好的习惯，以证实患者对已做出的治疗决策是否满意，是否接受计划以及她的担忧是否都已经被提及：

> “现在，我可以核对一下您对这个计划还满意吗？”

6.5.5 解释与计划的选择

以上所讨论的四个部分对所有以解释与计划为特征的咨询都通用。现在我们来讨论三个可选择的要素。它们或许会被应用于任何一个会谈：

- 如果提供意见并讨论问题的重要性；
- 如果商议共同的行动计划；
- 如果讨论系统的检查以及治疗程序。

当我们着眼于与每一个选项相关的技巧时，我们既包括过程又包括内容条目。

6.5.5.1 如果提供意见并讨论问题的重要性

我们已经讨论过，研究证据表明医生倾向于讨论治疗和药物疗法，而患者却对诊断、预后以及患病原因更感兴趣（Helman，1981；Kindelan 和 Kent，1987)。患者常常甚至没有掌握有关病情的基本信息就结束会谈而离去(Svarstad，1974；Boreham 与 Gibson，1978)。Tuckett 等人（1985）的研究表明，患者对治疗计划的理解和遵从常常很差，因为医生们很少详细解释治疗计划中的基本原理，或者提供与患者患病的框架相关的解释。

那么我们能够推荐什么特定的技巧来帮助医生解释对问题的意见？下述四个关键技巧可能对会谈的这个部分有所帮助：

- 对正在发生的事情提供意见观点，如果可能指名道姓；
- 揭示意见中的基本原理；
- 解释疾病的原因、严重程度、预期的转归以及短期和长期的后果；
- 引出患者的信念，反应和担忧（就是说，医生的意见是否与患者的想法、可接受性、和感受相符)。

有一个常见的例子可以说明这些技巧的运用：

> "您已经告诉我很多关于您肘部疼痛的事，我想问题可能是网球肘……之所以这么诊断是因为……这和您想的一致吗？我认为导致目前这种情况的原因可能是……恐怕这可能得让您觉得难受好几个月。我认为情况并不严重，而且从您和我说的来看，您不用担心可能是关节炎。您觉得怎么样?"

6.5.5.2 如果商议共同的行动计划

我们可以使用下列特定技巧：

- 讨论选择——例如：什么都不做，进行系统的检查，药物治疗或手术，非药物治疗（理疗、助行器、流质、咨询)，预防措施。

- 提供有关行动或所施行的治疗的信息

—— 名称；

—— 所涉及的步骤，如何进行；

—— 益处和优点；

—— 可能的副作用或不利之处。

- 获取患者对行动需求的看法，所认识到的益处、阻碍、动机。
- 接受患者的观点，必要时提出其他观点。
- 引出患者对计划和治疗的反应以及担忧，包括接受程度。
- 综合考虑患者的生活方式、信仰、文化背景和能力。
- 鼓励患者参与计划的贯彻实施、承担责任并自力更生。
- 询问患者的支持体系，讨论其他可行的支持。

(1) 讨论并提供处理和治疗的选择

提供选择是让患者选择的第一步。如果不先向患者清楚地解释可能的选项，又怎么可能让一个腰背痛的患者选择是否尝试理疗、正骨疗法、镇痛药物、休息或不做任何治疗呢？

(2) 提供行动或治疗的信息

向患者提供建议处理或治疗计划的信息是一个高度技巧性的任务。例如试想以下场景：一位男性患者正在就改变他服药治疗轻度升高的血压问题向医生寻求建议，此时医生不仅仅需要向患者清楚地解释治疗如何起效，并使他们的解释适合于患者的理解和需要，而且他们还必须准确地描述风险以及治疗可能出现的负作用、考虑患者的担忧。医生必须描述和讨论治疗潜在的副作用，介绍可供选择的各种药物剂型，并解释如果患者选择某种剂型，如何服用这一药物。

(3) 获取患者对行动需求的看法，认识到的益处、阻碍和动机

与医生在咨询中所提供的信息相抗衡的，是患者的知识、态度、价值观、优先权以及信仰。这些对于以最恰当的方式达到决策是同等重要且有效的。要想达到共同决策，必须把患者对已知的益处、阻碍和动机的看法引述出来。

这对于任何医疗决策都是实实在在的。不过，在健康促进领域要特别强调考虑阻碍和动机。预防和健康促进正成为医疗领域中越来越重要的部分。在药物和酒精成瘾、戒烟和减肥领域的健康工作者，采用大量有用的关于心理和沟通的模式，可使他们最大限度地改变客户们与健康相关的行为。Priest 和 Speller（1991）引证了三套技巧，执业者需要使用这些技巧，以便更有效地帮助患者转向更健康的生活方式：

- 有关危险因素的知识；

- 认识并理解患者对影响其健康的问题的态度；
- 帮助他人改变所需要的知识和技巧的应用。

动机性访谈

动机性访谈（Miller 和 Rollnick，1991）使用这三套技巧，激发个体改变行为的愿望。在动机性访谈中，执业者的当前任务是首先了解患者的健康信念，其次是他们对改变的准备。只有到这时，执业者才能够决定如何采取最好的行动帮助个体的患者。

动机性访谈基于“改变的阶段”模式（见图 6-1）。它最初由 Prochaska 和 DiClemente（1986）设计，进而由 Miller（1983）、van Bilson 和 van Emst（1989）在实践中发展。这一模式描述了人们在考虑改变时一系列自然发展阶段。它认识到，在每一个阶段，人们的心目中都有不同的框架。专业的干预如果能更紧密地契合个体当前所处的阶段，就更可能获得成功。执业者的作用就是发现患者在自我动力过程中所处的位置，并且鼓励和支持他们的努力。患者

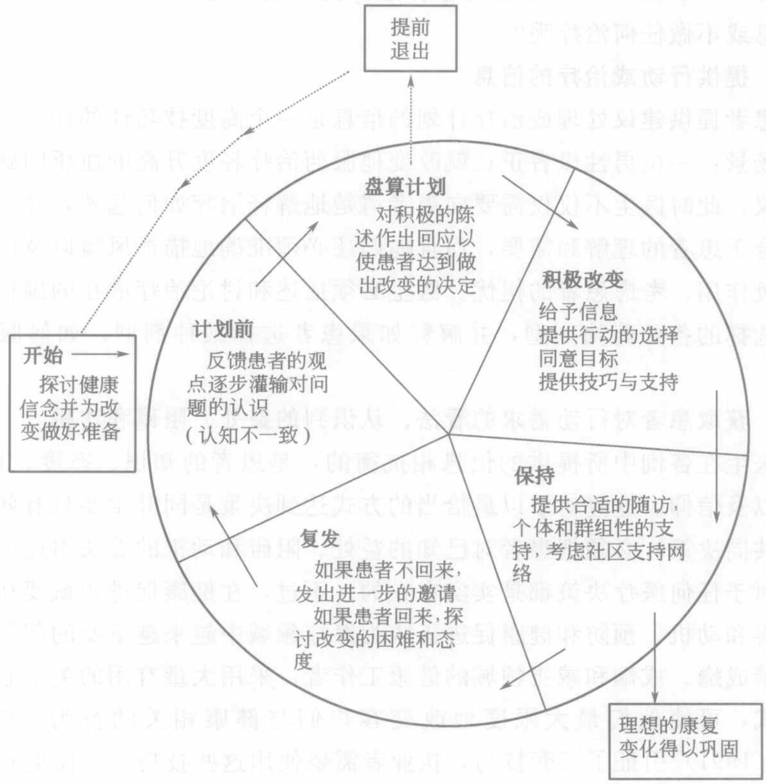


图 6-1 使用变化阶段模式的干预过程

（改编自 Prochaska 和 DiClemente 1986 年的著作）

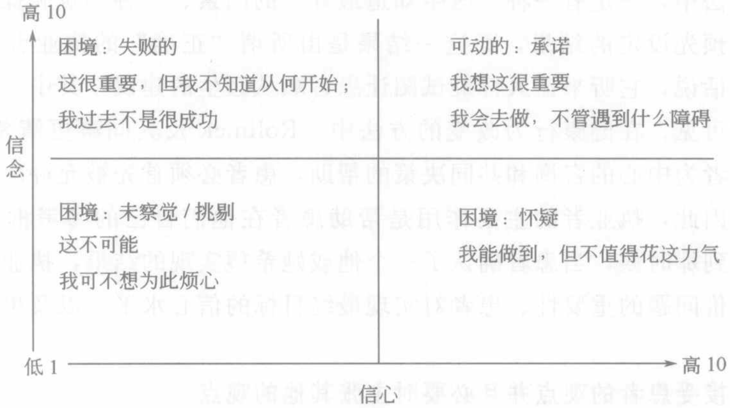


图 6-2 信心与信念坐标（Keller 和 Kemp-White，1997）

的信心（他们实现改变的能力）和信念（如何坚信改变非常重要）（图 6-2）会影响他们的成功（Keller 和 Kemp-White，1997；Rollnick 等，1997）。动机性访谈试图通过增强患者的自尊和自我效验，通过尊重他们的意见和担忧，通过协商合适的目标，来使患者能够对他们自己的决定负起责任。

要注意，动机性访谈使用了很多本书已经讨论过的核心技巧，包括倾听、探求患者的信仰、使用开放式问题、回应、总结、提供选择、协商、接受和支持。有关动机性访谈和控制位点的有用教材包括 Miller 和 Rollnick（2002），Dye 和 DiMatteo（1995），Tate（1997）以及 Butler 等（1996）的著作。

相对于大多数其他那些复杂且基于 50 分钟咨询时间的行为改变模式，Keller 和 Kemp-White（2001）创立了一种影响患者行为的模式，使临床医生能够在一次简短的办公室会面后就对患者的行为产生影响。

在这一模式中，临床医生从两个方面评价患者对改变的准备情况，称之为信念（我相信做这种改变能提高我的健康吗?）和信心（我相信我能实现这种改变吗?）。可以通过干预来增强患者的信心、信念或二者兼为，从而帮助患者进入一种高信念和高信心的状态。对于在两方面都处于低分状态或一方面高分而另一方面低分的患者，建议采用特殊的策略。这一模式广泛应用于各种各样的患者健康行为，从遵从药物治疗方案到探讨健康风险行为，如吸烟或肥胖等。

Rollnick 等（1999）提供了另一种称为“健康行为改变”的方法，尝试将以患者为中心的方法与动机性访谈的课程结合起来，同时将动机性访谈的范围从成瘾、健康促进，扩大到许多更常见的临床问题。这一发展有助于转变一种对动机性和行为改变访谈的批评。这种批评认为，在试图帮助人们以特定方式

改变的方法中，一定有一种“医生知道最好”的因素、一种影响和操纵、试图实现一种预先设定的结果，而这一结果是由所谓“正确”的执业者日程所主导。换句话说，它听来让人怀疑试图让患者顺从医生的建议，其中“正确”的结果清晰可见。在健康行为改变的方法中，Rollnick 及其同事更清楚地确定，通过以患者为中心的咨询和共同决策的帮助，患者必须首先被允许决定他们想做什么。因此，执业者的主要作用是帮助患者在他们自己的参考框架内作决定。只有到那时候，当患者确认了一个他或她希望实现的结果，执业者才能使患者来评价问题的重要性、患者对实现最终目标的信心水平，以及患者是否已准备就绪。

(4) 接受患者的观点并且必要时主张其他的观点

在第 5 章我们讨论了一个核心概念，即在一开始就接受并认可患者想法的合法性，但不必去同意他们的想法。非评判性的接受使医生在后来可以根据患者的信念，提出自己对问题的看法，讨论误解，必要时主张不同的方法并协商一个一致同意的计划。但是，如果我们感到，患者的态度严重影响了他们的健康，而他们却漠视医生的建议，怎么办呢？我们怎样才能挑战一个根深蒂固的信念却不贬低患者呢？

挑战和对抗患者

对医生而言，在医学访谈中的诚实可能会造成困难，特别是当他们面对一个不想正视重要问题的患者时。与患者冲突通常是徒劳的，而且还可能会让患者感觉愤怒和不被支持。

对比：

> “您必须立刻停止吸烟。不停止就是傻瓜。如果不停止，我可不能对发生的事负责任”。

与：

> “我知道此刻让您停止吸烟很困难……您正在经历一个困难的时期……但去年您的肺部情况变糟了许多，而且我担心如果您不停止吸烟，那么今年冬天情况会继续恶化。我们怎么帮您呢？”

诚实和以一种建设性的方式挑战信仰的能力，是使患者改变的一个重要部分。

6.5.5.3 如果讨论检查及其程序

在医学访谈中，我们经常需要给予患者有关进一步检查或治疗程序的信

息。切记，对医生而言似乎微不足道的事，却可能引起患者高度恐慌。一项简单的血液化验可能非常可怕。对于一个担心患乳腺癌的患者来说，对乳房X线照片结果2周的等待时间可能就像一辈子。倾听、设身处地（移情）并实现共同的理解，都是非常重要的。在咨询的领域，有三个关键的技巧。

1. 就有关程序提供清楚的信息，包括患者可能经历的事情以及他们如何被告知结果。

2. 将程序与治疗计划相联系——检查的价值和目的。

3. 鼓励患者提出问题并讨论潜在的焦虑或负面结果。

6.6 总结：解释与计划是一个相互作用的过程

在本章的大部分内容里，我们倡导了一种互动式的解释与计划的方法——仅仅给予信息并制订计划显然不够。在第3章我们讨论了直接传递的局限性。如果沟通被视为一种直接传递的过程，信息的发送者会假定他们的职责如同一个被填满的发报机，一旦被格式化就送出信息。但是，如果将沟通视为互动的过程，则只有发送者接受到信息如何被解读、是否被理解以及对接收者造成什么影响的反馈之后，这种交互作用才得以完成（Dance和Larson，1972）。

我们认为，总结与检查核对是核心的技巧，它们通过向患者反馈我们的所想、所听和理解，而使这种互动方法在医疗咨询的信息采集阶段付诸实际。现在我们已经看到，在解释与计划阶段如何需要进一步的技巧，以保证类似程度的互动性。当在会谈早期已经发展起来的患者与医生之间的关系有益于合作与伙伴关系时，在咨询的解释与计划阶段的共同决策以及其他互动过程得以增强。

在解释与计划阶段，我们不作单方讲演。为了准确地给予信息，在向前推进到下一个信息模块之前，我们需要反复核对，我们是否已使患者清楚，并且使患者理解我们的想法。我们已经明白：

- 双向的互动如何使我们发现哪些信息还没有向患者提供
- 请患者复述刚刚被告知的信息极大地增强了记忆和理解
- 如果我们想实现共同的理解并避免不依从，我们需要鼓励患者提问，表达疑惑并寻求澄清
- 如果我们想让我们的解释适合患者的需求，我们就需要理解患者的想法
- 我们需要通过让患者成为决策制定过程的一部分，说出他们的优先选

择，让患者参与。

我们希望这一章能说服你继续这种趋势，摆脱仅仅“给予”患者信息，走向“共同”理解和决策。这种转变不仅会带来使患者与医生都更满意的咨询，而且还会带来更好的长期健康效果。

（李洪奇 译；许静、杨雪松 校）

7 结束会谈

7.1 概述

在咨询的末尾遇到的沟通问题，往往是与时间有关的问题。正当你认为你已经圆满地完成了会谈，正准备要给会谈画上句号的时候，患者却提出了另一个主要议题。正当你要开始安排接下来的随诊事项时，患者却提出了一个问题，清楚表明他对你上面的解释全然没有听懂。医生想结束此次会谈，转入下一个预约患者——而患者却似乎热衷于再次打开话题。这些议程安排上的不匹配很容易导致冲突和挫折感。

我们能够推荐哪些沟通技巧来帮助解决这些问题呢？造成难于结束会谈这种局面的沟通问题其实在接诊咨询的初期就已经潜藏下来。如果我们从会谈的一开始，到信息采集、病情解释和制定诊疗方案的过程中就注意运用沟通技巧，就可以避免这些问题的产生。一旦注意到这些问题，咨询这一部分的问题就会迎刃而解。

不过，在咨询结束阶段也还是有一些特定的沟通技巧。总结和理清医患双方已经制订好的诊疗计划以及双方接下来的步骤，告诉患者如果事情没有按计划进展，应该做什么，检查核对患者对下一步的随诊安排是否满意，继续建设良好的医患关系——所有这些都是咨询的重要因素，都有助于提高患者对医嘱的遵从性、满意度和健康转归。

本章将重点探讨以下两个独立而又相关的问题：

1. 在咨询的其他阶段应用什么技巧能够帮助更有效地结束会谈？
2. 结束会谈过程本身有什么技巧可帮助咨询满意地结束？

7.2 目标

我们在会谈这一部分的目标可以总结为以下几点：

- 确定已经建立的医疗方案；
- 使医生和患者都清楚接下来的步骤；

- 建立发生意外事件的处理预案；
- 使患者对医嘱的依从性以及健康转归最大化；
- 有效利用咨询的时间；
- 继续鼓励患者积极参与到诊疗过程，使其感受到成为合作性诊疗过程的一部分，从而便于今后建立良好的医患关系。

当然，这些目标也包括一些其他著名的就诊指南中所提及的任务和检查要点。

- Pendleton 等，1984、2003

——恰当利用时间和资源。

- Neighbour（1987）

——安全网络“如果……就什么”——考虑在每一种情况下医生可以做什么。

- AAPP 三函数模式（AAPP Three-Function Model）（Cohen-Cole，1991）

——教育、协商和激励

——构建和谐氛围，并回应患者的情绪

- 拜尔研究院卫生保健沟通 E4 模式（Keller 和 Carroll，1994）

——教育患者；

——以患者自己的医疗理念帮助患者。

- 教授与评估沟通技巧的 SEGUE 框架（Makoul，2001）

——结束冲突。

- The Maastricht Maas Global（van Thiel 和 van Dalen，1995）

——管理：决定谁将做什么以及何时做。

- 医患沟通的关键要素：Kalamazoo 共识声明（2001 年关于医学教育中的医患沟通，Bayer-Fetzer 会议的与会者）

——为结束做好准备。

- 医学沟通中的 Macy 倡议模式（Kalet 等，2004）

——结束。

- 以患者为中心的医疗（Stewart 等，2003）

——时间和时机的把握。

7.3 结束会谈的过程技巧

表 7-1 列出的技巧一起应用有助于我们实现咨询这一部分的目标。

表 7-1 结束会谈的技巧

前期计划

- 约定：与患者约定下一步的计划
- 安全网络：适当的安全网络——对可能发生的意外结果向患者做好解释，告诉患者如果计划不能如期奏效应该做什么，在什么时间以及如何寻求帮助。

保证恰当的结束点

- 结尾总结：对会谈进行简要总结，并明确诊疗方案
- 最后核对：检查核对以确定患者同意并且对计划感觉良好，询问患者是否还有任何修改、疑问或者其他问题

7.4 关于结束会谈需要“教什么”与“学什么”：技巧的依据

在我们关注有助于有效结束会谈的特定技巧之前，需要先考虑一下在会谈的这一时间点的常见问题，并回顾一下，在会谈的早期，有哪些行为和技巧有助于防止这些问题并提高会谈效果。

7.4.1 在会谈的结束阶段实际会发生什么？

White 等（1994）特别研究了会谈的结束阶段，并试图将会谈的这一部分从病情解释和诊疗计划制定阶段分离出来。在收听美国俄勒冈州初级卫生保健医生的接诊录音时，通过寻找一些句子来确认会谈结束，这些句子表明了从教育阶段到结束阶段的转换。比如，“好吧，那你 5 个月后再来看”，或者是“我们就看看未来发展吧”他们的分析结果如下：

- 就诊时长：平均 16.8 分钟；
- 结束时长：平均 1.6 分钟（从 1～9 分钟）；
- 由医生启动结束过程：占所有咨询的 86%；
- 讨论在就诊早期没提出的新问题：见于 21%的结束过程；
- 在结束阶段医生的行为：

——明确诊疗计划（75%）；

——为患者安排接下来的步骤（56%）；

——提供关于病情和治疗方面的信息（53%）；

——检查核对患者是否理解（34%）；

——询问患者是否还有更多疑问（25%）。

7.4.2 接诊早期的什么行为能够防止在结束阶段产生新问题？

White 等（1994）发现，在接诊早期阶段，以下行为可以防止在结束过程中产生新问题：

- 医生使用提示标志将患者引入就诊流程（“现在我要给您查体，然后我们会有时间讨论病情”）；
- 医生为患者提供更多的关于治疗方案的信息；
- 让患者多谈一些有关治疗的问题；
- 医生询问患者的信仰，并对患者有更多回应。

Barsky（1981）使用“隐藏的议程”这一术语来描述只在会谈结束的时刻浮现的问题。这些问题往往是情绪上的或是心理社会方面的问题，他猜测这么晚才提出这些问题很可能与医生在会谈早期没能辅助患者透露更多的情况有关。患者等待在“最恰当的时间”提出他们“真正的”问题，如果在早些时候不能从容不迫地提出，那么可能直到会谈的最后才有机会提出。

在第 2 章中，我们已经讲述了 Beckman 和 Frankel（1984）的关键研究，这一研究表明，我们的语言和问题如何很容易在无意之中就会引导患者偏离讲述他们就诊的真正原因。医生的过早打断，以及在会谈早期不能成功地筛选问题，都可能导致后期凸现的主诉的增加。

7.4.3 在接诊咨询的早期阶段我们能够推荐哪些沟通技巧（表 7-2）帮助有效圆满地结束会谈？

表 7-2
开始阶段
• 专心倾听
• 对问题进行筛选
• 议程安排
信息采集阶段
• 提示标志
• 探求患者的想法和担忧
• 提及患者的感受、思想和情绪
• 讨论心理社会方面的问题
解释与计划阶段
• 给予信息
• 让患者参与病情的解释和计划的制定
• 检查核对患者的理解
• 询问患者的问题

7.4.4 哪些行为会导致无效的结束?

White 等（1994）发现以下行为会导致结束时间的延长：

- 医生提问开放式的问题；
- 医生发笑，或对患者表现出情感、关心或回应；
- 患者沉醉于心理社会方面问题的讨论，处于友好、主导、回应或者陷入苦恼的状态。

但是，我们是在努力缩短结束会谈的时间吗？很显然在结束就诊的效率和圆满性之间存在着一种牵制力。如果医生希望更有效地结束咨询，就必须选择一种更封闭的方式，而如果患者有进一步的疑问或隐藏的问题需要讨论，结束会谈将不能使会谈的全部潜能最大化，达到最大效果（Robinson，2001）。相反还有可能增加即刻会谈和以后会谈的时间。

在结束会谈阶段，我们不应该放弃开放、合作和以患者为中心的行为。之前我们在接诊咨询过程中的所有行为，都希望能使患者在这时说：**“是的，我认为您已经回答了我的所有问题”**或者是**“不，我已经没有任何别的问题了。”**然而，还是有患者将他们最感窘迫或最为焦虑的问题放在最后，因为直到最后患者才能鼓起勇气开口说出这些问题，因此我们绝不可以为了短时的效率而简单地把他们堵回去。

在一项进一步的定性研究中，White 等（1997）清楚论述了这一问题。他们指出，有 36％的结束被打断，而 23％的结束中会出现新问题。打断甚至在开放式结尾问题的开始以及在医生询问患者担忧的早期就发生了。他们猜测结束被打断从而产生新议程的情况，比其他的结束方式更低效，而且会增加医生的挫折感并降低患者对治疗的满意度。鉴于接诊咨询过程的复杂性，无论是医生还是患者都有可能无意间忘记一些事情，直到就诊结束时才想起来，或者医生在会谈的后期会更重视患者，本文作者对结束被打断进行了三项观察，有助于提高医生就诊效率：

- 只有当医患双方都准备好可以结束咨询时，医生才可以成功地结束——在接诊早期倾听并探知患者的信仰和担忧，能够为后期顺利地结束就诊做好准备。
- 医生应该注意，如果太晚询问患者**“您还有其他问题吗?”**，就别指望能有积极的回答。医生应该在结束过程开始**之前**就询问患者最后有什么担忧，而不是临到结束再问，这样最后的问题才能得到有意义的解答。对未完成的事情进行筛查应当在启动结束咨询之前。
- 会谈不同阶段的清晰提示标志，有助于患者了解会谈的进程，以及每

一阶段的内容——这样一来，提出未及陈述的担忧的最佳时间对双方都显而易见。在我们看来，提示标志应该贯穿全部诊疗过程，包括移向结束就诊的信号——比如可以说：**“我想我们的会谈快要结束了……您还有没有其他的问题希望讨论?”**

7.4.5 什么是结束会谈本身的特殊要素（表 7-1)?

7.4.5.1 前期计划

(1) 约定

医患双方共同协商约定接下来的步骤，使双方明确角色和责任（Stewart 等，1997)。医生可能需要公开地说明他或她将如何告知患者的诊断结果，同时还要告知患者应该做什么。患者也需要确认他们愿意遵从认同的治疗计划。

> “下面，我将口授一封信，向专家解释这个问题，今天过会儿就传真过去。如果血液检查有任何不正常，我会在您下次预约就诊前电话通知您。您能在预约就诊后电话告诉我 Dr Jones 怎么说吗?”

(2) 安全网络

建立意外事件应对预案是结束会谈过程中关键的一步，告诉患者如果事情没有按计划进展应该做什么，如何与你联系，以及哪些特定的发展可能意味着提供重要的支持。正如 Neighbour (1987) 所说，向患者解释可能料想不到的结果，以及在什么时间如何寻求帮助，不仅对于安全医疗，而且对于医患关系建设，都是非常重要的步骤。如果医生告诉你，你的嗓子痛是扁桃体炎，用青霉素会很快奏效。而实际上治疗没有如期起效，你转回来会去看另一位医生，结果被诊断为传染性单核白细胞增多症，这时你就会对第一位医生的诊断不满意。但是如果第一位医生在结束就诊时，就提到传染性单核白细胞增多的可能性，并建议你一旦青霉素治疗无效，应及时复诊检查血象，这样一来你对第一位医生的看法就会因为他对未来的预测大大改观。

7.4.5.2 确保恰当的结束时间点

(1) 结束总结

在第 3、4 章，我们已经看到了在信息采集和组织会谈结构时内部总结的重要性。总结在咨询结束部分也是十分必要的工具。简要地对会谈进行总结并明确诊疗计划，不仅能使医患双方有机会确认他们的商议内容，而且是患者提问和修正医生认识的非常有价值的便利工具。总结是提高治疗准确性的重要辅助，也有助于医嘱的遵从。切记总是要给患者足够的修改或补充空间。

医生："那么扼要概述一下，我觉得这一年来您的糖尿病有点失控，很可能是因为您的体重增加了。但是如果您能将体重减到以前的水平，我们就有希望使您的血糖恢复到满意程度。我要为您找到刚才提到过的减肥食谱，2 个月之后我们再来看看您控制得怎么样了。您同意这一总结吗？"

病人："好的，医生。就像我说的，我认为是因为我丈夫心脏病发作之后给我打击太大，疏于锻炼身体了，但是我丈夫的病情现在好些了，我应该可以多出去走走。"

(2) 最后的核对

如上所述，重要的是要最终检查核对患者对所制定的治疗计划是否赞同以及是否满意，他们是否还要做修改或者是否还有疑问（Robinson 2001）。希望回答如下：

"没（问题）了，这样很好。感谢您对我的帮助——您已经回答了我的所有问题。"

7.5 总结

本章我们探讨了结束咨询所涉及的沟通技巧。我们已经看到，咨询的有效结束不仅与接诊初期阶段适当运用沟通技巧有关，而且也与 Calgary-Cambridge 指南里提到的，在会诊结束这个阶段所需应用的特定技巧有关。总结、约定、安全网络以及最后的检查核对，都有助于安全地结束会谈，建立双方理解的共同基础，并减少医患双方对于病情和未来期待的不确定性；完成本书所始终倡导的医患间分享、合作及伙伴关系的建立过程。

结束会诊的技巧能够使患者对双方认同的诊疗方案感到满意，清楚下一步会发生什么，并且更有信心地向前走。同样的技巧也能够使医生更加有效地完成咨询过程，全无后顾之忧地集中精力接诊下一位患者。我们已经提到，接诊咨询的开头是结束咨询阶段很多问题的根源。在这里我们可以看出，如果不认真注意，这一次就诊过程的结束，就会成为下一次会诊开头的困难的根源。撇开上一个患者而全心专注于下一个患者，才是下一个咨询顺利进行的重要先决条件。

（胥雪冬 译；杨雪松、许静 校）

8 涉及特殊问题的核心沟通技巧

8.1 概述

在本书最后一章我们讨论医学访谈中的特殊沟通问题。医生与患者在彼此的互动中要面对大量问题和沟通挑战。涉及的问题从死亡和濒于死亡到涉及不同年龄、不同文化的人群；需要处理愤怒、侵犯以及电话沟通中的困难。在此我们从这些重要议题中选出一些问题进行讨论，特别是通过一些例子来探讨，如何将 Calgary-Cambridge 指南中的一些沟通过程技巧应用于这些大相径庭的沟通情况。

许多关于医学沟通的书籍投入大量篇幅阐述特殊沟通的问题，却相对较少关注核心沟通技巧。在本书中我们逆转了这种平衡。为什么我们要集中关注可被医生用于所有咨询的核心技巧呢？之所以如此，是因为几乎所有处理特殊沟通问题和挑战所需要的技巧，都已经包含在我们从第 2～7 章所讲述的一整套技巧之中。学习和教授各个沟通问题非常重要，但并不是说在每种特殊情况下需要不同的技巧。Calgary-Cambridge 指南中的技巧仍然是一个基本的工具包，可以有选择地、巧妙并有意地应用于不同的情况。

必须牢记在心的关键概念是，在每一个高度个体化的情况下：

- 互动的上下文情境改变了；
- 沟通的内容不一样了；
- 但是过程技巧本身仍然是相同的。

当然，在每一种特殊情况下，沟通的内容会改变。当你准备告诉某人坏消息时你需要说的话，肯定与你要告诉他们只是患了流感那样的疾病时所说的话不一样。上下文关系也发生改变——例如，在宣布坏消息时，情绪的水平以及你所说的话对患者及其家庭成员的影响从本质上改变了问诊的上下文情境。

不过，在所有这些情况下所需的过程技巧并没有改变。没有必要去为每一个问题发明一套新的技巧。但我们需要注意：指南中的大多数技巧虽依然适用，但根据内容和特定的场景，一些技巧的使用可能需要有更强的目的性、强度以及意识。我们需要在深入理解和掌握的基础上运用这些技巧。例如，在宣

布坏消息时，我们需要特别巧妙和有意地运用沉默和其他非语言行为，并运用认可反应技巧。

在此，类比一项体育运动有助于我们的理解。如果你在非常完美的条件下学习滑雪，但却突然发现自己站在冰上，新的情况让你觉得好像需要一整套全新的技巧。事实上，你必须做的是深化对已经学过的那些技巧的掌握程度，并且使用其中的某些技巧，如贴边技巧，而且还要以更大的强度和侧重来应用这些技巧。

本章中我们选择了一套特殊的议题，说明如何在更苛求的情况下运用 Calgary-Cambridge 指南中的技巧。

我们解释最初的两个问题——**宣布坏消息和文化多样性**——并进行一定深度的探讨。"**与年龄有关的问题（老年患者以及与儿童及其家长沟通）、电话咨询以及精神健康问题（精神病和隐藏的抑郁）**"等，将随后进行更简要的讨论。在本章的末尾我们列出了大量的其他沟通问题和挑战，包括对这些问题更深层次讨论的有用参考资料。在我们有关教学和课程设置的配套卷《医学沟通技巧教与学》一书中，我们讨论了如何将这些特殊问题的教学纳入到主要以技巧为基础的课程中。

8.2 特殊问题

8.2.1 宣布坏消息

Calgary-Cambridge 指南的结构和技巧为宣布坏消息提供了一个安全的平台。几乎所有处理这种困难情况所需要的过程技巧都包括在指南中。例如，我们在本书中所倡导的解释和计划的方法，包括与患者及在场的重要关系人建立支持和信任的关系，根据患者所需剪裁给予的信息，尝试理解患者的看法并以合作伙伴关系来工作。所有这些技巧对于宣布坏消息都非常重要。Tuckett 等（1985）的研究表明，当医生和患者的看法存在分歧时，用细致入微的语调给予信息的技巧最为需要。宣布坏消息就是这种情况的一个极端例子。此时，患者走进诊室，他的希望集中在收到好消息的可能性上（尽管可能微乎其微），而医生却不得不逐渐将患者的注意力转移到令人担忧、也是他必须现在就开始沟通的事实。

这是一个绝大多数医生都意识到的很成问题并且很困难的沟通议题。如以一种生硬、唐突而且缺乏敏感性的方式宣布坏消息，它所造成的心理后果可能会是破坏性的，并且会持续很长时间（Finlay 和 Dallimore，1991）。多年来，

在医学和非医学类出版物中有许多文章都指出了医生在这一方面的缺陷。令人鼓舞的是，Field（1995）发现，“在1983～1994年间，英国医学院校中关于死亡和濒于死亡的教学在数量和种类上都有相当高的增长”。在澳大利亚、北美和欧洲的其他地方，也同样如此。越来越多的关于讲授如何宣布坏消息的文章相继出现在主流医学教育中，反映了这一问题对学习者和教师双方的重要性（Garg等，1997；Baile等，1999、2000；Vetto等，1999；Colletti等，2001；Orlander等，2002）。

尽管这一问题已经得到注意，但特别在本科层次上，新上岗的医生、住院医师以及医学生们，在向患者及其家人传达坏消息时仍然感到相当的困难（Makoul，1998；Dosanjh等，2001）。

在医院和家庭医疗中，医生们可能不得不告诉患者有严重的或终末期疾病——例如：患者可能患有癌症，或者HIV检测阳性，或者告诉一位母亲她所怀的婴儿有患Down's综合征的高危风险。更常见的是，医生不得不告诉患者一些在医生看来并不特别重要或“坏”的消息，但患者却认为很重要或很“坏”。例如医生做出类风湿性关节炎、甲状腺功能低下的诊断，告诉患者他们患有贫血，或者宫颈刮片结果是轻度异常，或者甚至告诉一个第二天想去度假的患者，他得了流感样疾病并且不可能及时康复去旅行。很多时候，我们没有意识到我们所给予的信息对患者的重要性，以及信息可能造成的影响。

以下是一个基于很多人的著作，对于“宣布坏消息”的建议所做的总结（表8-1）。

表8-1 宣布坏消息的建议一览

准备

- 尽快安排一次约见
- 安排足够的不被打扰的时间，确保没有干扰
- 利用一个舒适的、熟悉的环境
- 适当鼓励患者邀请配偶、亲属或朋友陪同就诊
- 充分准备好有关患者的临床情况、病历记录以及个人背景的资料
- 尽可能将你自己的“包袱”和个人感受放在一边

开始会谈/设置场景

- 总结事情的进展情况；与患者进行检查核对
- 发现上次就诊后发生的情况
- 测量核准患者的想法/感受
- 协商议程

续表

分享信息 • 首先评估患者的理解情况——患者已经知道什么、正在想什么或已经被告知什么 • 评估患者希望了解多少 • 先预告困难的消息即将来临（比如："我担心我们得做一些工作……"或"恐怕事情看起来要比我们预计的更严重……"） • 简洁、诚实地提供基本的信息，并重复要点 • 把你的解释与患者的看法联系起来 • 不要过早给患者太多的信息；不要"缩手缩脚"，但也不要铺天盖地 • 要"小块小块"地给予信息，要用语言对信息进行分类 • 注意节奏；在进程中反复检查患者的理解和感受 • 谨慎地使用语言，要根据患者的智力、反应和情绪给予相应的信息：避免行话 • 自始至终都要注意自己的非语言行为
显示出对患者的敏感 • 解读患者的非语言线索（面部/身体语言、沉默、流泪）并做出回应 • 允许"戛然而止"（当患者岔开话题或停止倾听时），给予时间和空间，允许可能的否认 • 不断地给予停顿，给患者提问的机会 • 在谈话的进程中要评估患者对更多信息的需求，并根据需求提供更多的信息（如：听取患者的愿望。因为个体差别很大，而且同一个人在不同时间或者从一种情况到另一种情况时，会有不同偏好） • 鼓励患者尽早表达他们的感受（如："听到这个消息您有什么感受?"，"我很遗憾这件事对您而言非常困难"，"您似乎被这个消息弄得心烦意乱"） • 通过接受、移情和关心，回应患者的感受和困境 • 检查患者对刚刚给予的信息的既有知识 • 特别要引出患者所有的担忧 • 检查患者对所给信息的理解（如："您愿意谈谈您将要告诉妻子什么吗?"） • 注意那些非共享的含义（如：癌症对医生而言与对患者而言意义不同） • 不要害怕流露情感或悲痛

续表

计划与支持 • 确认患者所有的特别担忧，通过将无法抗拒的感受分解为可控制的担忧、排出优先次序，并将可确定的事情区别于不可确定的事情，提供特别的帮助 • 确定针对下一步要发生的事情的计划 • 为今后可能出现的事情提供一个宽泛的时间框架 • 给予切合实际的希望（“从最好处着眼，从最坏处着手”） • 与患者建立同盟（“我们可以一起来解决这个问题……我们来协力合作”），如：强调与患者的伙伴关系，确定你作为患者辩护人的角色 • 强调生活的质量 • 安全网络 随访与结束 • 总结并检查核对患者的理解情况以及有无其他的问题 • 不要仓促为患者安排治疗 • 尽早安排进一步的预约，提供电话咨询等 • 确定支持系统，让患者的亲属和朋友参与其中 • 会见/告诉患者的配偶或其他人 • 提供书面的材料 如果患者有人陪伴，那么还要解读和回应陪伴人的语言和非语言线索，允许停顿以便提问，但记住：患者才是你的首要关心。 自始至终要非常注意自己的焦虑——对于给予信息、既往经历、或者不能治愈或提供帮助的担心。

与患者及其重要关系人建立关系并不限于表 8-1 中任何一个特定阶段，但显然是整个互动过程中最重要的部分。要注意有多少上述建议，以及后面部分要讨论的 Calgary-Cambridge 指南中的很多技巧，都与建立共同的基础、承认并敏感地回应患者的看法（思想和感受）、并表现出关切的语言和非语言行为等有关。在宣布坏消息的情况下，无论你与患者素不相识还是彼此相知甚笃，都是用这些相同的技巧来构筑并维系治疗关系。

Calgary-Cambridge 指南中需要更深、更强、更有意应用的关键技巧

宣布坏消息是一种情况，其中会谈的内容，以及所需应用的 Calgary-

Cambridge 指南中某些核心的沟通过程技巧，在强度、目的性和意识方面都发生了变化。以下是通过列表的形式，对应于 Calgary-Cambridge 指南中恰当的标题，对这些过程技巧进行描述。

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
开始	与其他任何会谈一样，成功布置场景至关重要
准备 问候患者 协商议程	如何安排预约见面：如果消息很严重或者需要给予的信息很复杂，准备就需要特别思考和计划。应该在什么时间、什么地点约见患者？谁应该在场？你作为医生，在情绪上和事实上是否准备充分？ 会谈时不止一人在场：很多患者，或者知道将被告知困难或复杂信息的人，会带一个亲属或朋友陪同患者一起来见医生。因此你会遇到不止一个人在场，各有不同的想法、担忧和期望以及不同的议程。聚焦于"主体的"患者非常重要。但是要考虑到陪同的朋友或亲属也很重要。如果有时间，同意分别约见患者和亲属再与患者及其亲属一起谈话，经常很有帮助。注意 Benson 和 Britten 对癌症患者的研究结果显示，绝大多数患者反对未经他们同意对其他人公开病情。
解释与计划	宣布坏消息是解释与计划的一种特殊情况，因此也不奇怪，这种困难的情况需要特别巧妙地应用与会谈这一时段有关的绝大多数技巧。
分段核对	以可控制的条块形式发出信息并检查核对患者理解的情况，是此处的关键技巧，使医生能够在会谈这一部分的进程中，在任何一个特定的时间，都能评估校准患者所处的位置。
评估患者的起始点	发现患者已经知道什么、害怕什么和希望什么，这很困难，但至关重要，特别是当患者受到惊吓的时候。如果有亲属或朋友在场甚至可能更加复杂。不过，这也可能得到相当大的回报，使得在给予诸如预后或治疗选择信息之前，获得有关患者和他们亲属背景的准确的画面。这也能为未来良好的医患关系打下基础。

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
评估每一位患者的个体信息需求	发现患者想知道什么也很关键。绝大多数患者想知道他们是否得了癌症(Meredith 等,1996),包括老年人(Ajaj 等,2001)。评估患者希望知道多少,需要很高的技巧。理解潜在的文化影响在此会有帮助,但最重要的是确定个体患者或重要他人的需求和偏好。不同的作者对应该如何完成这项任务有不同的建议。Buckman(1994)建议用直接的初步问题,如"如果情况有些严重,您是那种想知道到底在发生什么的人吗?"Maguire 和 Faulkner(1998)建议,通过委婉的分层方法宣布坏消息,每一步后都留一停顿以获知患者的反应。其他作者建议,在发出预告之后,更直接地给予消息,并在进程中评估应如何推进。他们争论说,那些希望使用否认机制的患者,仍然能够阻挡他们不想听到的消息。
运用明确的分类或提示标志	先发出预告是对即将发出的信息明确分类或标记的一种特例,提醒患者注意,事实并非所愿。在会谈开始不久就给一个预告可能很有用,特别是随访会谈。做这件事有很多方式,采取哪一种方式最好取决于患者的情况和医生的风格。对罹患晚期疾病的患者,或可能面临流产而等待扫描结果的患者,医生可能会说:"我恐怕这消息不如我们所希望的那样好",同时伴随恰当的非语言行为。医生然后可以停顿一下,在继续会谈之前,让患者难于接受的这一消息的可能性下降。为了帮助患者集中注意力,常用的提示标志也很重要(如:"有两件重要的事情要记住,首先……,其次……")
将解释与患者的看法联系起来	给予切合实际的希望 如果患者真的有望康复或改善,对医生而言则比较容易——比如:从道路交通事故中康复的患者,或者检查发现患有肾结石的患者。而给一个患严重中风或化疗失败的患者以希望,则困难得多。对医生而言,在这种情况下重要的是要了解患者自己的应对策略,发现患者通常是怎样乐观的一个人。医生不是上帝,他们经常在对病情的预后中犯错。所有患者都需要希望,给予希望的关键,是要真正基于患者的实际情况和他们对疾病的感受。

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
讨论选择和意见	讨论治疗选择 当患者准备好听取医生的建议时，需要再次提出治疗选择。一定要使患者明白，他们将参与到治疗决策之中。 给出病情预后 如果患者想讨论未来，要避免给出过于确定的时间范围。不过，给患者一个宽泛的框架，可能对那些希望提前计划的患者有所帮助。
建立关系	在整个会谈过程中，持续不断地与患者以及任何在场的重要关系人建立关系非常重要。如果您对患者或其重要关系人不是很了解，那么在互动的最开始，就需要有意地为建立信任关系奠定基础。
提取线索 表现出移情 提供支持	检查核对非语言的线索使医生找出患者想要提问的出发点，或者准确测定患者的情绪状态，然后表达出移情和对患者处境的同情。这也给医生留出空间，以进一步询问患者关心的问题，并回应他们的感受。“我明白，听到检查结果证实了您最坏的担忧，您特别沮丧……我非常抱歉……(停顿)……您提到过您的丈夫是残疾人——您还有什么其他担忧想现在讨论吗?”提取线索的一个特例与“戛然而止”相关——患者(或重要关系人)在听到坏消息时一下子呆愣在那儿，似乎被阻挡，或者无法听到您在说什么。承认患者不想再听任何话，就需要在进程中将给予的信息分成条块，并检查核对患者的理解情况，特别要注意患者的语言暗示(如突然转换话题)，或者更普遍的非语言暗示(如:流泪哭泣或沉默，或看上去不舒服或者生气)。 伙伴关系和支持 为患者提供支持非常关键。公开的陈述，如:“我们需要一起来解决这个问题”或“我将代您咨询专家”或“我们不会丢下您一个人自己去对付这件事……现在我们继续进行如何?”等，都会帮助患者，因此需要予以强调。

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
表现出恰当的非语言行为	医生不隐藏自己的沮丧 如果医生在发布坏消息时无动于衷，则会使患者感到不安(Woolley 等 1989)。医生不应该害怕情感流露(Fallowfield,1993)，但是，你的沮丧可与患者分担多少是很难做出的判断，必须依个人的个性以及特定的情况而定。但显而易见，处理医生的沮丧不是患者的任务。另一方面，医生在完成这一复杂的任务时很难不表现出焦虑，而此时患者却可能提取医生的非语言线索。在此，保持患者的信心和继续建立与患者的关系是总体目标。
结束	花在会谈这部分的时间会有意外收获。经常在咨询的这一阶段医生能与患者就接下来的步骤进行总结，并给回患者一些控制权。
与患者约定有关接下来的步骤 安全网络	清晰的随访计划：为下一次约见设定最早日期，提供电话联系患者以检查是否一切无误，并开始计划接下来的步骤，这些都被视为支持和安慰。如果患者表示想把有关诊断或预后的信息告知他人时，与患者的重要关系人进行联系常常有所帮助，这样可以让患者有时间吸收坏消息，并决定他们需要多长时间来考虑治疗选择。 用文件记录告知患者及其亲属的内容：这非常有帮助，特别是在家庭医生与专科医师互相沟通时，或病人将要接受其他医疗保健机构的团队的治疗时。

这一框架包括了在一项研究中患者、医生和护士推荐的所有步骤，该研究旨在发现患者和提供消息者之间就公布坏消息的指导方针上是否存在共识(Girgis 等 1999)。它也反映了题为《癌症披露：与患者沟通诊断》这一美国版的以循证为基础的录像带中所提供的一些建议和技巧。这一录像带制作于1986 年，但依然是非常好的教学演示材料。它运用了大量的同步事例，以及医生和癌症患者的个人的叙述。

8.2.2 文化和社会差异

探讨多元文化问题所需的沟通技巧，是用来理解患者看法（既包括采集信息又包括解释与计划）和建立关系的核心技巧的一个特殊情况。可以说社会差异的问题，如：年龄、性别、社会经济状况以及受教育的水平，也有同样的作用。

许多形成疾病——患病模式（如第3章所讨论的）基础的概念，最初都起源于人类学和跨文化研究。多元文化的会谈被看作是所有医患沟通之间的一个极端例子，从中所学到的经验教训后来也被用在单一文化背景下医生和患者的工作。在此我们把这一过程倒过来，探讨发现患者看法的核心技巧如何用于解决多元文化状态下医生和患者的观点常常相悖的特殊困难。

我们越来越多地遇到种族复杂性和人群在世界各地的流动。Johnson 等（1995）指出，"每一种文化都是信仰和习俗的交织结构，有些是连贯一致的，其他一些则是有争议且矛盾的。"他们建议，在每一次的医学访谈中，医生必须探知患者的健康信念以及他们对自己症状和患病的看法。如果医生忽视了这一忠告，他就会冒作出推断假设或价值评判的风险，并且对患者抱有成见。这不仅可能导致冲突，还有可能导致不准确。在多元文化的情况下——实际上在所有医生和患者之间存在差异的事例中——歧视是一个潜在的问题。正如 Dovidio 和 Gaertner（1996）所说：如果绝大多数歧视是无意的，或者如最近的一项调查（Kaiser Family Fundation，1999）所揭示的，绝大多数医生或是没有意识到他们歧视，或者否认歧视的可能，那么我们在医疗保健中，就需要特别警惕差异问题，以及如何处理这些问题[1]。

Johnson 等（1995）提出以下几点，对医生接诊来自不同文化背景的患者咨询，可能有所帮助。一个人的文化背景提供了他或她对待健康和疾病的意见、因果关系的观念、谁控制医疗保健决策的信念，以及如何采取措施寻求医疗保健的观念。Johnson 及其同事还提出了一个有用的解释模型，列举出接受西方培训的医生与源于某种传统文化的种族的患者之间的常见差异。这一方法得到 Chugh 等（1993）的一项跨文化研究的支持。他们的主要发现是，在患者的满意度、医生给予的诊断与治疗，以及患者的接受等方面存在着大量阻碍，这些障碍与患者的文化经历、意见、信念和期望，以及语言困难有关。

Myerscough（1992）和 Eleftheriadou（1996）就西方医生普遍遇到过的

[1] 感谢 Charlene Pope，感谢她的社会心理学见识并使我们意识到这项工作。

与文化有关的大量问题提供了非常有用的信息。他们所举的事例包括家庭结构和生活方式的重要性、妇女的角色、对妇女和她们的孩子的态度、着装、宗教、食物与斋戒以及生命与死亡。

Ferguson 与 Candib（2002）在他们对文化、语言和医患关系的综述中，发现一致的证据，认为英语表达不充分的少数民族患者不太可能从他们的医生那里引起移情反应；一般而言接收的信息可能较少，也不太可能被鼓励在决策制定过程中发展伙伴关系。在咨询中适当提供受过良好培训的翻译非常重要。患者更愿意使用职业翻译而不是家庭成员，并且翻译应该是与他们同性别的。

在她对一系列有关差异问题的文章的评介中，Roter（2002）建议将以关系为中心的医疗作为一种满足这些差异性患者群体需求的方法，包括与文化或种族、性别、年龄、性取向或宗教信仰，以及医生和患者讲不同语言的情况相关的各种差异。

8.2.2.1 跨文化沟通中常见的问题/障碍

表 8-2 提供了一个有用的清单，列举了有效互动中可能的差异或障碍点，在医生与患者文化或社会背景不同的情况下，需要对这些方面予以特别关注。

关于不同种族或文化的一些知识对于医生的执业非常有用，在某些情况下至关重要。这些知识能够给医生信心并制造一些“捷径”。不过，理解每一位个体患者和他们特定的健康信仰的核心技巧，无论对于来自何种文化背景，都很关键。给患者贴上整个种族或文化的态度和观点的标签，如同对文化问题一点儿都不敏感一样具有破坏性——医生的目标必须是找出每个个体患者对患病的独特看法和体验。即便在医生与患者共同享有相同文化的情况下，这一点也同样重要。

因此临床医生面临两种略微冲突的沟通问题，即如何避免对患者作出基于其种族的推断，以及与此同时重视并愿意探讨和理解文化的差异，而这可能会对你如何诊疗患者带来相当大的差异。因此，不同文化背景的医生和患者之间相互理解和信任的发展，经常需要双方花费时间和精力，就不足为奇了。

8.2.2.2 需要更深、更强、更有意地应用的 Calgary-Cambridge 指南的关键技巧

以下所列是从 Calgary-Cambridge 指南中挑选出来需要特别注意的技巧举例，主要关系到医生更准确地引出并理解患者的看法，并做出更加明确的反应。谨慎地使用这些技巧还常常有助于患者理解医生的观点。

表 8-2 跨文化沟通中常见的问题和障碍

语言的使用

- 使用外语（如：患者或医生必须用他们不流利的语言进行交流）
- 使用俚语
- 口音/方言
- 过于随便而造成的冒犯等

非语言沟通的使用和解释

- 身体接触
- 肢体语言
- 靠近——接近/距离
- 目光接触
- 情感/情绪的表达

文化信仰和医疗保健

- 对症状的解释——什么被认为是正常和不正常
- 对因果关系的信念
- 对其他治疗有效性的信念
- 对患病和疾病的态度
- 对补充性或其他医疗卫生资源的使用
- 对角色和关系的性别和年龄期待
- 医生的作用以及与权力和表达尊敬的方式有关的社交互动
- 对有关遵从医疗建议的责任的认识
- 家庭生活事件（如：有关包办婚姻、怀孕和分娩、对年长者的照顾、对老年人的治疗，死亡）
- 心理社会方面的问题（确认常见的压力源、家族/社区支持对差异的意识）
- 医生在精神卫生和残疾方面的作用

敏感性话题

- 性——包括性取向、性行为和生育控制
- 对某些体格检查的拘束不安
- 酒精及其他药物的使用和滥用
- 家庭暴力和虐待
- 分享坏消息

医学实践问题/障碍

- 医患伙伴关系的程度，家庭参与的程度，个人和家庭对医疗保健和治疗的责任
- 医疗中的伦理问题
- 医生的假定、成见或偏见
- 同时咨询来自补充或其他医疗保健提供机构的医生

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
开始	
问候与介绍 表现出兴趣、关心和尊重 关注患者的身体舒适	检查核对患者姓名的发音，以及患者喜欢被怎样称呼 对患者想让一名家庭成员一起参加会谈，或者想请男性/女性医生接诊等表现出敏感性 提供翻译帮助，并且如果双方同意，在议程安排过程中就翻译所承担的角色进行协商 检查核对会谈优先选择使用的语言 如果语言障碍太大，就推迟会谈 在会谈和体格检查中，考虑医患之间的性别问题
收集信息	
发现患者的观点——想法、担忧、期望、对生活的影响和感受	探讨患者的： • 对因果关系的信仰 • 文化决定的对治疗的期望 • 家庭、婚姻、宗教和社会习俗 • 对社会和社区网络的理解 • 对补充性或其他医疗卫生资源的利用 来自某些文化或社会背景的患者可能不太认识心理社会方面的问题与其身体症状的关系。这种情况下，探索潜在的抑郁和躯体化并非易事，可能取决于对患者观点保持开放，并通过长期努力建立信任。医生可能不得不判断何时接受患者的医疗保健选择或他们对患病的看法，而不是冒着不成功的风险挑战他们，其后果损害了医患之间的信任或医患关系
建立关系	
表现出恰当的非语言行为 非审判性地接受患者的观点和感受	注意非语言行为中可能的文化差异(如：目光的接触、触摸、靠近) 非审判性地评价患者的意见和信仰，不要带有成见或对患者以恩人自居(如：接受患者和家人对检查、调查及转诊的愿望)。避免做假设推断，或者对此进行检查核对。显示出对诸如性问题、使用和滥用酒精或其他药物的问题，以及家庭暴力等问题的文化差异的敏感性
提供支持	公开表示支持

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
解释和计划	
评估患者的出发点	在给予信息之前检查核对患者的文化背景，必要时在会谈中请一名翻译
核查患者的理解	检查核对翻译是否准确、完整地转达信息，而患者也理解了
将解释与患者的看法联系起来	在给予患者信息之前，检查核对患者的文化背景/语言能力。核对患者的担忧是否都已被提及
检查核对患者的理解	如果存在语言问题，反复检查核对患者的理解特别重要。即使有翻译在场，也要如此
商讨双方接受的计划	根据患者的背景和实际情况给患者现实的选择 不习惯与医生合作并分享伙伴关系的患者可能觉得对此陌生或难以应付

以下是一些准确措辞的例子，用以帮助医生探讨并评价文化差异，同时避免成见和作出假设推断。一般说来，如果你开始的问题或评论对大多数文化情况下都能很好运作，那么你应该是在正轨上。询问个体患者或患者家人的问题而不是询问他们文化的问题，有助于个人化而不是给他们打上文化标签。一项对大约 60 名来自不同文化和种族的移民妇女的意见收集对这一直截了当的方法给予了雄辩的支持。当我们询问这些妇女（她们在加拿大生活的经历从几个月到很多年），她们最想让我们教给医生有关跨文化沟通的什么内容时，收到的第一回应是热心和一致的认可："请教给他们首先把我们当成个人，而不是一个文化群体的代表来对待"。虽然这些妇女确实认为理解文化差异和健康信仰的多样性会有所帮助，但她们还是强调，不去了解个体的患者，就根本没法知道谁符合文化或种族的普遍性而谁又不符合。Chugh 等（1994）的研究为跨文化沟通的这一基本原则提供了进一步的理论依据。研究表明，在多样的、多元文化的加拿大城市中同一种族**内部**健康信仰的差异比同样是这些种族群体**之间**的差异更多。

在思考下面的每个例子时，要切记在心的是，你的非语言行为、提取并回应患者暗示的能力，与你言辞的选择至少同等重要。

"这些对您的生活和您周围的事都有什么影响?"

"您能告诉我一点儿关于您自己和您的家庭的情况吗……?您住在什么地方……?家里还有谁……?您家在哪里……?您父母的背景……?您本人信教吗?"

"我知道生育问题会引起家庭的紧张——对您是这样吗?"

"有些时候在讨论妇产科问题时，人们的家庭或宗教背景非常重要——例如天主教徒可能对避孕有着非常强烈的宗教观点。有什么来自您自己背景的东西影响您如何看待您的问题吗?……"

然后根据患者的反应继续:

"您提到您来自阿富汗。我对阿富汗的文化一无所知……比如说，医生能不能握患者的手呢?您愿意用什么方式问候?"

"我能理解，如果我不能如您所愿的那样理解您，您一定非常沮丧。如果我们请一个翻译，是否会有所帮助?"

"我想知道，您期待或希望什么样的治疗。据我对中国文化的了解，这可能与我们在这里提供的治疗有很大不同。如果是这样，我愿意帮忙。"

"您告诉我您全身不适……您对为什么会这样有什么看法吗?"

其他一些有用的措辞包括如下:

- 当您不认识患者或他的亲属并且不确定是否要握手时
  ——观察那个人的反应
  ——如果他们看来似乎被冒犯，就表示歉意——您并不想冒犯
  ——确定做一些其他的事来建立关系，如问他们是否可告诉您，他们觉得最舒适的问候方式
- 如果你想问一个敏感问题，征得他们的允许
  "是否可以问您这个问题?"
- 询问什么可能有所帮助
  "我需要……有什么可以对您此事有所帮助吗……"
- 解释为什么
  "这对您可能有些为难——我需要问您（做）这件事的原因是……"
  "有些时候人们对事情会有他们自己的解释，这可能有助于理解患者的观点。"
  "我知道有时候女性患者愿意让女医生来检查——这对您很重要吗?"

Eleftheriadou（1996）就与来自不同文化背景的患者沟通时需要考虑的事情，提供了一个简明且实用的总结，并针对如何改善沟通提供了一些特别有用的例证。Cole 与 Bird 关于医学访谈的书（Cole 和 Bird，2000）也包含了关于此论题有用的一章。Kai（2003）在最近一本关于种族、健康和初级卫生保健的书中提出了大量论题，包括有效的跨文化沟通、解释和翻译。他还特别强调了注意在健康领域医患沟通中文化影响的冰山模式的重要性——医生可能会注意到性别、年龄、种族和国籍的影响，但是重要的文化情境如社会——经济状况、宗教信仰、性取向以及政治倾向等可能还没有被认识到。Geist-Martin 等（2003）的著作通过对患者叙述的细致深入探讨以及案例研究，使我们对卫生保健领域有关文化及其他差异性问题的认识更贴近患者的体验和认知。他还建议了一些有用的方法，以在不同差异性的情况下增进医患沟通。另外一些有用的论述也可见于 Steele 关于克服文化和语言障碍的报告（Steele，2002），以及 Fadiman 对一例患癫痫病的苗族儿童的研究，其中显示了她的治疗所遵循的医学文化如何与她家庭的信仰体系发生冲突（Fadiman，1997）。

8.2.3 年龄相关的问题

在这一部分我们要讨论与老年患者（而在有些情况下，是与帮助他们的亲属或朋友），以及与儿童及其父母的沟通。此处以及在本章中所探讨的其他问题，只包括指南中相应技巧的代表性例子。

8.2.3.1 老年患者

与老年患者的沟通需要特别的考虑。近 100 年来，全世界人口中老年人的数量都在持续稳步上升。在西方，估计到 2030 年，35%的人要超过 60 岁。基于 Geisler（1991）的研究，以下是所有医生都需要问自己以及前来咨询的老年患者的一些问题：

- 在这个人身上有哪些与衰老有关的特殊心理和生理问题？
- 听力丧失或神经问题损害了该患者的沟通能力吗？如果是，我需要如何区别对待？
- 对这个人而言，生病或濒临死亡意味着什么？
- 如果患者表现出患病的症状，是否暗示患者需要其他方式的帮助？他们是否有抑郁、孤独、或害怕残疾、丧失独立性、或死亡？
- 对于这个患者的世界以及他们生活中所发生的事我了解什么？对这个人的医疗有什么限制是我应该考虑的？
- 这个患者对于我作为他们的医生有什么期望？

• 有亲属或朋友在帮助这个患者吗？他们需要或想要参与吗？如果是，我该如何安置他们？

• 是否有多重医疗保健服务提供者涉及这个患者？医疗的连续性是问题吗？

8.2.3.2 需要更深、更强、更有意应用的 Calgary-Cambridge 指南的关键技巧

对待老年患者的原则首先是将他们作为个体而不是“老年患者”来对待，这与处理文化问题一样。不幸的是，在医疗卫生服务中，年龄主义非常普遍。我们总是鼓励你们问一问自己：“我是不是正在根据患者的年龄而不是将他当作个体，而做出不准确或不适当的假定或概括？例如：基于年龄，我是否正在假定这个人要比他事实上有更多的功能或能力丧失及兴趣减退？”以下一些例子，说明了在和老年人相处时值得特别关注的一些关键技巧。

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
开始	
构建和谐融洽氛围	需要特别给予考虑，比如：对于虚弱的、听力受损或视力减退的患者。很多老年患者由亲属或其他看护者陪同就诊——因此需要谨慎地与各方构建和谐融洽氛围
筛选	医生需要记住，对老年患者的问题进行筛选并分出优先主次顺序尤其重要，因为随着时间推移，老年患者可能表现出很多问题或功能丧失。记住： • 问题的种类和数目未必预示功能 • 不是所有的问题都是当前的问题 • 不是所有的问题都需要帮助 • 不是所有的问题都列入了患者的议程
倾听	在接诊老年患者咨询时，应在会谈开始尽早并贯穿始终地对患者的情绪状态进行评估，这一点非常重要。在老年患者中，焦虑和抑郁非常普遍，但可能表现得并不明显
采集信息	
请求解释问题	接诊老年患者时，医生经常听到复杂的叙述，有大量的似乎难以捕捉的数据——此时，解释问题、框定时间、总结和检查核对的技巧就变得非常重要。例如，明确地要求患者解释，他们的问题最早从什么时候开始像现在这样，或是经过一段特定的时间。这会有所帮助

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
提取暗示	患者可能不好意思，但却渴望讨论如便秘、阴囊疝或乳房肿块等问题——提取、检查核对，并回应非语言或语言暗示尤其重要
恰当地运用语言	如果患者思维混乱、神志不清、心绪不安，或者有言语或听力困难，则更需要清晰的语言。可通过验证造成沟通困难的假设推断开始。疼痛或其他药物是原因之一吗？您使用的专业术语或语言是一个问题吗？如果患者有构音障碍或耳聋，需要检查核实他们的理解程度，并确定他们是否发现通过书面文字更容易沟通。在医院，检查患者是否使用助听器，如果是，还要检查助听器是否位置正确、工作正常
发现患者的看法	患者的看法在此是重中之重。患者的疾病状况对其生活的影响常常预示着他们的期望或者影响随后的治疗，因此需要认真予以考虑
建立关系	
表现出恰当的非语言行为	耐心与时间——跟着患者的节奏是关键
表现出敏感、移情、接受与支持	老年患者以及他们的重要他人可能不仅需要大量的情感上的支持，也需要实际的支持。尝试去认识患者所处的困境可能有助于你理解那些乍一看笨拙或不同寻常的行为举止。应该以移情和尊重的态度，回应诸如便秘等令人难堪的问题——提供切实的帮助
组织会谈的结构	
总结 提示标志	交替使用这两种技巧，可能对老年患者特别有用，尤其是那些听力困难和记忆丧失的患者，特别有用。老年患者可能迷失在他们自己复杂的叙说中，因此可能需要帮助他们组织自己的叙述——因此，总结和提示标志既帮助患者也帮助医生。组织咨询的结构，让医生向患者及其照护者检查核对问题或计划："我知道您发觉现在出去购物很困难……我可以与您女儿核对一下吗……您住在哪里？" 记忆力测试对于老年患者来说可能是一个有用的评价工具——但这需要谨慎地用语言提示以免造成难堪或激怒患者

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
解释与计划	
分段检查	使用清晰的不带专业术语的语言，分段，并检查核对
使用图表	使用图表和书面说明，特别是对与药物治疗有关的内容，对于那些记忆力丧失的患者及其他的照顾者非常有帮助

Steward 等（2000b）对 50 篇有关医生与老年患者沟通的文章进行了有价值的总结，特别强调了增加合作及老年患者主动参与的益处。这一研究总结论述了沟通对老年患者的期望、决策制定、记忆、依从、满意度、情绪健康转归、身体健康转归以及住院治疗的影响。这项回顾性研究表明，在关键的沟通范围：如对会谈的期望、在提问及信息给予方面患者的参与、以适时和敏感的方式给予信息、包涵“带回家”的信息、双方对医疗资源和责任的共同讨论、对患者生活情况相关方面的讨论、来自医生的关怀态度，以及医疗护理的连续性等方面，医生和老年患者之间是一致的。

Mader 和 Ford（1995）对如何与老年患者会谈，也提供了一些有用的见解。Geist-Martin 等（2003）在他们的书中用了一整节的内容阐述一生中的健康沟通问题——从婴儿到老年——包括有见地的患者叙述，以及对在各种与健康相关的情况下进行更有效沟通的建议。

8.2.3.3 与儿童及其父母沟通

与儿童沟通时，关键是要切记：儿童是患者，但在很多事务上他们的父母也是关键的人物。在这种三合一的咨询情况下，医生不得不同时既与患儿的父母又与患儿进行沟通。这特别具有挑战性，因为所有各方都必然需要个别的关注。这种情况下的儿科会谈，重要的是要从跟孩子交谈开始，而不是把你的全部注意力都转向他们的父母。询问孩子他们是否愿意自己讲述他们的故事，还是愿意让他们的父母来做。儿童常常有他们自己的需求，因此跟他们交谈能提高他们的满意度和对治疗的依从性（Pantell 等，1982）。

很多导致前来就医的儿科疾病问题本身是很轻微的，但却可能引起父母的严重焦虑。严重的儿童期疾病对于所有父母来说都是压倒一切的，因此也难怪在这两种情况下父母的满意度都是与咨询过程中适时地承认父母的担忧和期望密切相关（Korsch 等，1968；Mangione-Smith 等，2001）。

在医学访谈过程中，父母们倾向于打断他们孩子讲话（Tates and Meeuwes-

en，2000）。他们可能不同意孩子们对问题的看法，在有分歧的时候，提取来自父母和孩子两方面的线索非常有用，特别是如有关行为的问题。对于十几岁的少年，您可能需要与少年和他们的父母分别协商。重要的是不要把十几岁的少年边缘化。重视所有年龄的孩子，并尊重他们的观点，可能更有利于促进你和你的年轻患者之间的成功关系（Dixon-Woods 等，1999；Young 等，2003）。

不同年龄的孩子给儿科问诊带来的困难不一样。在某种程度上对于幼儿的接诊最容易，因为绝大多数的话语都由他们的父母所施行。与刚学会走路的孩子及幼儿打交道需要特殊的技巧，因为他们生来对新的环境和陌生人感到害怕。较大一点儿青春期之前的孩子会非常“自私”和自我意识，十几岁的青少年则更甚。对于较大年龄的儿童和青春期儿童，重要的是不要纡尊降贵，而要给他们机会，让他们完全参与到咨询过程中的信息采集和计划阶段中来（Lewis 等，1988）。

灵活运用语言和认识发育的基本评价对于开发儿科的沟通技巧非常有用——这也就是说，要把握孩子们如何理解患病（Bibace 和 Walsh，1981；Ginsburg 和 Opper，1988）。

绝大多数构筑成功的儿科咨询的技巧是基于接诊咨询成年患者的核心技巧，但重要的是要记住，对这种三合一咨询的互动机制，以及使其成功和有效的技巧还很少有研究（Tates 和 Meeuwesen，2001）。咨询过程中需要特别注意的环节是会谈的开始和构建关系阶段。例如，刚刚学步的幼童或青春期前的儿童，在接诊的初期发展和谐融洽的氛围最为重要，因为这将确保患儿在整个接诊过程中感到舒适和安慰，并为随后那些可能困难或痛苦的检查或检测铺平道路。

8.2.3.4 需要更深、更强、更有意地应用 Calgary-Cambridge 指南的关键技巧

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
开始	
准备	为孩子及其家人营造一个适宜的环境，包括玩具和适龄的书籍；关注就座情况
构建最初的和谐融洽氛围	问候并确认在场的所有成人/儿童的身份。如果儿童年龄足够大，则最好通过他或她来介绍 通过玩、中性的聊天，或者与患儿父母建立和谐融洽的氛围来让孩子参与。评估孩子和你在一起初期的舒适程度，并据此调整你的方法。建立兴趣和关心，关注孩子和大人（们）的舒适
找出就诊咨询的原因	如果可能，通过孩子来确立，谁来“主导”故事以及其他人如何发挥作用。孩子或父母可以开始了吗

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
采集信息	
倾听，辅助，恰当地使用开放或封闭式的问题	对于较小的孩子可以边玩边采集信息。积极鼓励他们用孩子和家长自己的话来讲述他们的故事 运用适合于孩子年龄的开放和封闭式提问技术——带选择的封闭式提问对于较小的孩子效果很好，而叙述性的问题则对于较大年龄的孩子更有效。确定并承认他们的意见(对疾病原因的信仰可能在父母与孩子之间存在差异)。在恰当的时候建立起父母和孩子双方的观点
理解孩子和父母的观点	鼓励他们表达感受(父母也许能描述幼儿的感受，但要提供空间让孩子自己描述)。 包括以下内容： • 怀孕和出生史 • 免疫接种和儿童期疾病史 • 生长和发育史 • 药物和过敏史 • 家族和社会史
组织结构	
使用内部总结和提示标志	反复地使用这些技巧，特别是当你将注意力从孩子转向父母然后又转回来时。“*David*，你妈妈刚才告诉我你肚子痛，她觉得是这样……现在我想听听你说。你能告诉我到底哪儿疼吗……你能指给我看吗?”
体格检查	
营造一个适宜体检的环境	对幼儿的全面体格检查： • 可选择在父母的膝上/床上/玩耍中 • 先使用最少侵入性的检查技术 • 运用玩耍来辅助检查 • 等待机会 对于较大孩子的全面体格检查 • 应意识到他们可能感觉尴尬并需要隐私 • 询问患儿愿意让谁陪伴他们
解释与计划	

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
提供正确的信息数量和种类	提供适合孩子及其父母理解的正确的信息数量和种类 让家长代表你向孩子作出解释可能更合适
结合患者的看法	在给予信息时应结合家长和孩子双方的看法
让患者参与决策	让家长和孩子双方都适当地参与决策
结束会谈	
安全网络	安全网络对于家长的满意度以及确保准确理解都非常重要

在有关这一论题的两本著作中，Perrin、Gerrity（1981）和 Santrock（1998）对于与孩子及其家人会谈都贡献了他们的真知灼见。Korsch（2002）出版的一部非常有用的录像带，展示了儿科家长和医生之间的有效沟通，特别强调缩小权力差距。

8.2.4 电话访谈

电话访谈现已成为一种常见的医患沟通模式。通过电话会谈可以有效地实现分流、应付次要的或行政问题，并可以通过电话有效实现对急性和慢性疾病进行的随访（Pinnock 等，2003）。Car 和 Sheikh（2003）对电话咨询的回顾总结显示，患者对这种咨询模式的满意度很高。患者评价这种方式快速并且提高了可及性，减少了旅行的时间和花费，并且还可能增加联系的频率。但是，对于有效进行电话咨询所需技巧的研究尚少，对于如何对医生进行培训使他们能够熟练并自信地应用这一媒介的研究不多，而这些对于保证电话咨询的质量与安全至关重要（Toon，2002）。

虽然与患者沟通的核心技巧也同样适用于电话咨询，但还是有一些重要的差别，也还有一些需要更深层次、更准确地运用的技巧，特别是当患者对电话缺乏信心时。

在电话咨询时，因为通常对信息传递和解释都非常重要的视觉非语言暗示对医生和患者都不可得，可能会造成理解的削弱。在急诊工作中，常常由别人代表患者或老年人打电话，因此沟通可能不得不通过第三方来进行。仔细地主动倾听、反复检查核对理解的情况并做出感兴趣的回应，对保证电话访谈的效果至关重要。鼓励患者说话需要运用语言而不是非语言的辅助：“**哦……哦……啊哈……是的……**”或者更清楚地说：“**我明白……继续……告诉我再**

多一点儿……是的……是的……”发现患者的担忧、意见以及对电话咨询的希望非常关键。如果患者对电话咨询感到不自在，那往往是由于之前对电话沟通有过困难的体验，而并不一定是医疗情况（Hopton 等，1996）。公开地提取患者的暗示能使医生以一种有效并且移情的切入。**“听起来您好像非常担心……我能从您的声音听出来您非常着急……”**有时候需要制造一个谨慎的挑战：**“听起来您不太满意我刚才说的话”**。有听力障碍的人可能会觉得电话互动非常困难。

矛盾的是，电话咨询的时间可能并不比面对面咨询短，因为必须对会谈中有关疾病和患者两方面的内容澄清无疑。电话咨询很容易图省事而没弄清楚患者故事中具体部分，从而错过重要的诊断。询问患者能看到或感受到什么（**“皮疹看上去是什么样子?”**或**“您的孩子如何发出警告?”**)，这样可能使临床医生不见患者也能安全地处理问题。信息的给予要清晰而简单，要分段块并随时核对。不止一次地重复和总结处理计划非常有用。让患者向医生复述重要的细节是一种特别有用的重复形式。提供选择方案经常能够使患者和医生向互相理解的共同基础迈进（见第 6 章），并使协商更顺利地进行。如果患者觉得他们的需求还没有被满足，特别是如果随访计划不清楚或者患者尚未同意医生的建议，结束咨询可能是很困难的。对会谈的准确记录也非常关键。

对于初级卫生保健服务的工时外（out-of-hours）咨询，由于医生并不认识患者，因此可能表现出一些特殊的问题。Males（1998）对英国家庭医生给予电话咨询服务的一项定性分析研究对此有所帮助。

需要更深、更强、更有意地应用 Calgary-Cambridge 指南的关键技巧

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
开始	
准备	迅速地接电话或回电话 在拿起电话机开始打电话之前，检查是否所有相关的信息都在你的手边
做介绍	检查核对你正在与正确的患者谈话——即使你对他或她非常了解，你也可能识别不出患者的声音
构建和谐融洽氛围	尽早使用声调以及支持性的陈述以便构建和谐融洽氛围
采集信息	

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
主动地倾听 评估患者的情绪状态 澄清 发现患者的工作框架	用语言鼓励患者继续，而不是默默地听 提取暗示并通过语言做出明确的回应 用恰当的直接问题，谨慎地澄清临床经过 在推进到解释与计划步骤之前，澄清已经获知的患者的意见、担忧和期望
建立关系	
表现出移情、接受和敏感 提供支持	这些需要通过语言表现出来，并且不断重复
组织会谈结构	
运用内部总结 提示标志	当你看不到患者时，要更频繁地交替使用这两种技巧，以便澄清说明开放式和封闭式问题之间的转换、疾病和患病的框架以及解释和计划
解释与计划	
分段并核对 用清晰的没有专业术语的语言，适中的节奏 提供选择方案	用语言而不是通过点头示意来检查核实患者的理解和同意 电话连接的质量特别重要 在疾病的早期，尽早提供一些有关预后的意见，这特别有帮助，尤其是如果医生和患者决定不必面对面咨询时 在试图让患者同意治疗计划之前做这件事
商议诊疗计划	核实诊疗计划是否可接受。这可能让那些已经同意不需要来看医生的患者放心 鼓励患者复述你所给的建议 询问患者是否还有其他突出的问题或担忧
结束	
总结与检查核实 安全网络	这三项技巧在电话咨询时需要特别注意，以保证临床安全，保持和谐融洽关系以及患者的信心

8.2.5 隐藏的抑郁和精神病

与患有精神疾病的患者会谈，显示出采集信息（特别是采集准确的临床病

史）以及建立关系的核心技巧的重要性。

8.2.5.1 揭露隐藏的抑郁和评估自杀的风险

抑郁是一种频繁发生但在医学实践中容易被漏诊的精神疾病。准确的诊断有赖于医生的技巧。这里需要特别强调过程技巧，它们不仅有助于患者更轻松地讲述他们的故事并发现患者的看法，也是为了引出这种特殊的精神科谈话的所有重要内容，即患者有多么抑郁，是会否可能会自杀。

精神科会谈不同于所有其他医学会谈之处在于，精神健康检查是会谈过程的一个必不可少的组成部分——会谈是在同一时间内将“病史”与“检查”合为一体。准确并富有同情心地使用指南中的过程技巧，以涵盖精神科会谈的内容，是医学中最需要的同时也是最困难的任务之一。访谈者不仅需要在一开始就构建和谐融洽的氛围，尽可能地发现患者的故事，而且还需要对患者的精神状态作一个正式的评估。

很多抑郁症患者觉得他们不值得占用医生的时间。这也常常是他们疾病的一个表现特点，即他们觉得医生不可能听他们的话并完全理解他们。结果他们得到的治疗效果要低于他们所需要和应得到的（Gask 等，2003）。从会谈的最开始就集中精力来建立关系，会鼓励患者“打开心扉”，用自己的话来讲述他们的故事，并分享他们对自己处境的感受——这是治疗方法的一个重要部分。建立和谐融洽氛围、表达移情和支持，敏感地询问困难的问题等技巧，都可以帮助医生引出关键的事实，比如抑郁症患者是否有严重且持续的情绪紊乱，并伴随着无价值、失去兴趣和负罪等感受，同时还有食欲、体重和睡眠状况的改变。关键的是，要发现那些被认为有自杀危险的患者是否有绝望、自伤或自杀的想法。因此，开放式问题和封闭式提问技术的精度都非常重要，并且必须与富有同情心的方法和目击患者当前体验的愿望结合起来。

灵活运用开放和封闭式的提问也很重要。非常抑郁的患者可能对开放式问题以及有助于他们表达感受的移情陈述回应较好，并可能揭示出医生需要的所有信息。但是，患者可能还需要医生使用一系列直接的问题来帮助他们讲故事，可能故事的某些部分对他们来说很难启齿（如自杀意图的细节）。医生在尝试建立和谐氛围并获得所需要的所有信息时，可能不得不判断需要留多长时间让这样一个重度抑郁的患者“打开心扉”，或者何时转向较封闭的问题以阐明患者的抑郁程度、有多大可能再次尝试自杀以及让患者回家是否安全。

需要更深、更强、更有意地应用 Calgary-Cambridge 指南的关键技巧

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
开始	
构建和谐融洽氛围	如何问候一个显然是抑郁症的患者非常关键。配合他们的步调和情绪状态，并提取和回应语言和非语言暗示，是发展最初的和谐融洽氛围的重要组成部分。特别要寻找面部表情、语调和讲话的速度，并与之相符合
采集信息	
倾听与辅助 估计患者的情绪状态	倾听患者的开放式陈述而不去打断他们，显示出关心和同情。表示出移情并继续提取和回应语言和非语言暗示
适当使用开放和封闭的问题	将患者引向一个有关感受的开放式问题——这经常使你快速直达问题的根源。让患者表达感受对他们而言常常是“导泻剂”。但是，当会谈进入指向性问题以使患者能讲述更多故事并感觉更有控制力时，谨慎地计时是一个问题。指向性提问包括患者为什么感觉抑郁，他们主要的担忧是什么，这些对他们的个人生活和工作的影响，以及任何从医生那里得到的希望或期待等，都非常重要
澄清	重复、复述以及沉默等技巧的使用，都有助于让一个感觉绝望、无用且有负罪感的患者“打开心扉”
发现患者的看法	指向性问题诸如为什么患者感觉抑郁，他们主要的担忧是什么，这些对他们个人的生活和工作的影响，以及任何从医生那里得到的希望和期望等，都是非常重要的，并且也会有助于澄清故事
建立关系	会谈这一关键环节的技巧需要在每一个阶段灵活地运用(参见上述)
表现出移情	如何熟练地表达移情这一点非常重要。患者会迅速地探测出您的声音语调是否与您所说的话语相配：“你怎么会知道我的感受……”泪水需要有支持性肢体语言组合而成的特殊回应，包括抚摸、沉默、移情并且知道什么时候该“转移”
接受	非审判性地接受患者所说的话以及他们的感受，避免过早给以安慰：“我肯定您很快就会好起来……”
提供支持	找出患者的支持系统并提供自己的支持

揭示抑郁/自杀风险的特殊措辞举例如下：

> “我不明白您到底有多低落……您敢告诉我吗?”
>
> “您今天看上去很郁闷……您愿意告诉我您的感受吗?”
>
> “您已经告诉我您对自己的处境感到失望和负罪，您觉得我们能帮您吗?”
>
> “您怀疑是否患了抑郁症，我想问您一些特殊的问题，关于您的情绪、注意力、食欲和睡眠状况，这些有助于助我们诊断。”
>
> “您曾经觉得有一盏灯在隧道的尽头吗?”
>
> “您告诉过我睡眠有多么困难，当您躺在床上辗转反侧时，您的脑海里有什么?”
>
> “一些患抑郁症的人觉得活不下去，您那样认为吗? ……那么您想结束它吗? 您有什么计划吗?”
>
> “昨晚您服用了严重过量的扑热息痛，现在您感觉怎么样? 对这次失败您觉得高兴还是失望?”

8.2.5.2 精神病患者

有妄想和幻觉的患者存在相当大的沟通挑战。患者某些程度上脱离了现实——这可能是一种很微妙的状态或者患者可能处于急性发作状态，毫无感觉、疑心并可能有暴力倾向、毫无自知。这种患者不仅没有正常功能，而且他们的沟通技能常常受损，而且他们往往非常恐惧，并且不信任。事实上，与患者形成关系是不可能的——任何尝试接近他们的举动都有可能被误解并感到威胁。另一方面，精神病患者的这种非常评价也是被理解的。

与精神病患者会谈的开始非常关键——如果在最初的一两分钟内缺乏相互的信任与和谐气氛，就会迅速导致冲突和困难。焦虑且有时是愤怒的亲朋好友们可能使会谈的过程变得更加复杂。Davies（1997）建议，一开始就运用开放式问题，对于阐明当前问题的性质，建立和谐融洽的氛围，非常关键。询问直接或封闭的问题并不容易，正如 Cox（1989）所指出的，如果访谈者在他们的直接提问中放置一个特殊的探针并灵活地运用开放-封闭锥（参见第 3 章），则可能会有更多的信息被诱导出来。在本节后面的部分我们将更全面地探讨这些方法。

如果患者缺乏自知，或者患者同意来看医生只是因为家庭压力或在法律监管下，让患者参与治疗联盟可能非常困难。与精神病患者协商治疗是特别有挑战性并且或许是不可能的——比如，当患者需要强制住院治疗时。

对医生的挑战是，克服这些障碍去沟通，与此同时，要从各种各样的线索

中，采集有关患者现状以及精神紊乱程度的信息。以一种敏感和同情的方式采集信息，需要高度组织的沟通技巧，这可能会使医生感到不安。不要低估焦虑、害怕和不适对医患双方的效应。在第一次会谈中，患者及其家人与医生一起讨论有严重精神疾病的可能，这种情况类似于接受坏消息，会使患者铭记终生。重要的是要使会谈卓有成效，应避免表示害怕或耻辱。这也将有助于为未来的任何会谈和评估建立建设性的基础。

需要更深、更强、更有目的地应用的 Calgary-Cambridge 指南的关键技巧

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
开始	
准备	特别重要的是，在开始会谈之前，先要从患者的病历记录采集信息，并从了解患者从前情况的人那里采集信息。你不仅需要尽可能多地了解患者的既往病史，还需要保护你自己。患者是否有潜在的危险性
作介绍	介绍自己是医生或精神病专家并解释为什么在这里，可能是一件困难的事——患者可能并没有寻求这次会谈。一方面需要有一个明确的解释谁是医生，为什么要来看这个病人。另一方面，如果患者被认为思维紊乱，那么完全解释你的精神病医生的角色，则可能立即增加他们的疑心，并破坏和谐融洽的氛围。应尽早判断是否有暴力风险，并把你自己放在相应的位置
采集信息	
倾听并辅助评估患者的情绪状态	倾听患者对自身问题的看法而不是直接询问思维紊乱。提取患者的非语言暗示并敏感地询问他们的感受，可能会给你一些信息，不仅是有关患者的担忧（如：邻居是讨厌的人），还可以发现患者有多么疑心和妄想。还有可能让您能评估患者的妄想或幻觉程度 建立和谐融洽氛围，首先要探讨患者的"外在"问题（对他们生活的影响）而不是他们的"内在"问题。引出患者的担忧——一开始要停留在他们的世界观和问题中，而不是过早地在会谈之初就探索他们的思维紊乱——将有助于建立和谐融洽的氛围。患者可能不认为他们"有病"，而医生需要反馈患者的体验，并对患者对于这些体验如何影响他们生活的看法形成共同的理解

续表

Calgary-Cambridge 指南的技巧	更深、更强、更有意地应用这些技巧
发现患者的看法	发现患者的信仰。承认这些信仰但并不与患者共谋，是一个非常困难的技巧，我们将在后面探讨
在开放式和封闭式提问之间移动：必要时，将开放-封闭锥翻转过来	灵活运用开放-封闭锥非常关键。过早地以开放式结尾的提问，或者非常直接地询问有关精神病的问题，会增加焦虑——有时候需要将开放-封闭锥翻转过来（见下面）
澄清	如果患者不跟随你的引导并“打开心扉”，你可能需要尝试各种方法——例如，用训练有素的猜测来澄清现在的状况。一旦你获得了患者的信任，他们愿意交谈，那么你就可以跟随患者的引导，进一步询问，澄清与他们有关并对他或她有实质意义的问题
提取暗示	提取语言和非语言暗示，但不必公开地做出回应，这在有些时候是必要的。对语言或非语言暗示做出即刻的反馈可能会增加患者的怀疑
建立关系	
表现出恰当的非语言行为	保持镇定，注意节奏 灵活运用目光接触非常重要。太多目光接触可能会激怒患者并增加妄想
表现出接受	坐下来并坐定。小心使用抚摸，这可能会引起误解
表现出移情	努力不要表现出惊奇；表示非审判性的接受
提供支持	小心不要不真诚地表达移情。大多数医生觉得很难找准在精神病患者面前的位置，而患者却知道 提供现实的帮助，不是共谋
组织会谈结构	
运用内部总结	谨慎小心地对患者的故事进行总结并反馈给患者，提示下一步医生需要查明的是什么，这可能会使患者平静下来，特别是将这些与提供帮助相结合时
提示标志	用提示标志和顺序组织会谈结构，可以帮助思维紊乱的患者。提示标志非常重要，因为患者可能不能集中注意力，并且可能误解所专注的问题的理由

8.2.5.3 特殊措辞举例：

(1) 开放-封闭锥

尝试评估患者的思维程度、信仰和思考过程可能很难，需要判断性地运用开放和封闭的问题。经常使用"跟随"技术，伴随以封闭式问题而非开放式问题，搞清楚患者思维紊乱的程度且不与之发生对抗。这样能够使你在获得临床病史的同时对患者的精神健康状况进行评估。

> 患者："我看见窗户上有人。"
> 医生："哦……您能告诉我是谁吗？……他们在说什么？"（而不是说"告诉我一切关于他们的事。"这样的话可能使患者心烦意乱并可能激怒患者，造成这样的反应："难道你看不见他们吗？"）

患者然后可能会跟随您的问题路线，这样就可以搞清楚他们的幻视和幻听问题。不过，不太疑心的患者常常想详细讲述他们的精神症状。提及他们对患病的担忧会被认为更有支持性，且有助于使患者更容易接受精神卫生服务。（McCabe 等，2002）

(2) 移情但不共谋

重要的是不要将妄想当作伪信仰与之冲突——设身处地于患者的处境、认可他们经历的合理性，但不必赞同，或者共谋他们对现实的解释。不要回绝他们，但要保持对他们的观点的兴趣，提供移情并对他们的问题提供帮助。

> "我确实理解您如此不安是因为您认为您被下毒了。"

在回应"你不相信我吗？"时，你可以做如下回答：

> "您问我是否相信您被人下毒，我可以明确地告诉您，我没有毒害您。现在我还不能肯定告诉您有没有其他人毒害您，但我愿意听您说，将尽我所能地帮助您。"

(3) 将拥护、支持与挑战相结合

与精神病患者相处是一个困难的平衡行为。即要解释说承认患者经历的合理性，并显示出移情，但又要提出另一个替代性观点，是一个艰难的平衡动作，特别是如果患者向你提出挑战，问你是否认为他们是疯子时。对医生而言，找到一些在不同情况下都很奏效的措辞会特别有帮助。

> "我知道您觉得自己这会儿没有病，但我今天关心您的是……我认为您需要一些治疗，而且我愿意帮忙。"

(4) **从其他方面采集信息**

从熟悉了解患者的其他人——包括其他专业人员——那里获得准确的信息，判定患者是在好转还是恶化，经常是非常重要的。获取这样的见证声明会被思维紊乱的妄想症患者看作是具有威胁性且非支持性的。如果医生旨在达到一种合作关系，重要的是在可能的情况下，获得患者的允许。在这些情况下，亲属和朋友常常焦虑并且有时很生气，因此可能使会谈过程复杂化。安排额外的时间与患者的重要关系人交谈可能很重要，这些人可能自然地被正发生在他们亲属身上的事所击倒。

更多关于如何如何与精神疾病患者会谈的见解，请参见 Gask（1998）和 Johnstone 等（1998）的著作。

8.3 其他沟通问题

医学中很多其他沟通问题也可以通过类似的方式进行有用的探讨。下面为学习者和老师列举了一些关键性的沟通问题和挑战。

- 伦理问题；
- 性别问题；
- 知情同意；
- 与患有性或生殖-泌尿系统疾病的患者的会谈；
- 疾病控制与健康促进问题/改变行为；
- 解释风险；
- 与感官受损的患者的交谈；
- 与低文化程度的患者沟通；
- 查房时的沟通；
- 死亡，濒临死亡和丧失亲人；
- 愤怒与攻击；
- 解决投诉；
- 医疗过失；
- 与滥用酒精和毒品者的会谈和干预；
- 与重症监护患者的交谈——急性危及生命的疾病或损伤；
- 终止医患关系。

8.4 进一步阅读参考

还有很多其他的资源涵盖了很多上述问题，读者可能会发现有用，列举如下：

Additional sources which cover many of the above issues that the reader may find useful include the following:

- Brewin T (1996) *Relating to the Relatives: breaking bad news, communication and support*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Corney R (ed.) (1991) *Developing Communication and Counselling Skills in Medicine*. Tavistock/Routledge, London.
- Fielding R (1995) *Clinical Communication Skills*. Hong Kong University Press, Hong Kong.
- Hope T, Fulford KM and Yates A (1996) *The Oxford Practice Skills Course: ethics, law and communication skills in healthcare education*. Oxford University Press, Oxford.
- Keithley J and Marsh G (eds) (1995) *Counselling in Primary Health Care*. Oxford General Practice Series. Oxford University Press, Oxford.
- Kleinman A, Eisenberg L and Good B (1998) Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. **88**: 251–8.
- Kubler-Ross E (1967) *On Death and Dying*. Tavistock Publications, London.
- Lipkin M, Putnam SM and Lazare A (eds) (1995) *The Medical Interview. Clinical care, education and research*. Springer-Verlag, New York.
- Lloyd M and Bor R (1996) *Communication Skills for Medicine*. Churchill Livingstone, London.
- Myerscough PR (1992) *Talking with Patients: a basic clinical skill*. Oxford University Press, Oxford.
- Parkes CM (1972) *Bereavement: studies of grief in adult life*. International Universities Press Inc., New York.
- Platt FW and Gordon GH (2004) *The Field Guide to the Difficult Patient Interview* (2e). Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, PA.
- Spitzer J (2003) *Caring for Jewish Patients*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Tate P (2003) *The Doctor's Communication Handbook* (4e). Radcliffe Medical Press, Oxford.
- The Professional Education and Training Committee (PETC) of New South Wales Cancer Council and the Post Graduate Medical Council (PGMC) of New South Wales (1992) *Communicating With Your Patients: an interactional skills training manual for junior medical officers*. PETC and PGMC, Sydney.

（杨雪松　译；许静　校）

参 考 文 献

Abdel-Tawab N and Roter D (2002) The relevance of client-centred communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. *Soc Sci Med*. **54**: 1357–68.

Ajaj A, Singh MP and Abdulla AJ (2001) Should elderly patients be told they have cancer? Questionnaire survey of older people. *BMJ*. **323**: 1160.

Akabayashi A, Kai I, Takemura H and Okazaki H (1999) Truth telling in the case of a pessimistic diagnosis in Japan. *Lancet*. **354**: 1263.

Ambady N, Laplante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N and Levinson W (2002) Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*. **132**: 5–9.

Anderson S and Marlett N (2004) The language of recovery: how effective communication of information is crucial to restructuring post-stroke life. *Topics Stroke Rehabil*.

Arborelius E and Bremberg S (1992) What can doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by the 'consultation map' method. *Fam Pract*. 9: 61–6.

Argyle M (1975) *Bodily Communication*. International Universities Press, New York.

Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, Glober GA, Myers EG, Greisinger AJ, Bast RC, Jr, Goldstein MG, Novack D and Lenzi R (1999) Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer Nurs*. **86**: 887–97.

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA and Kudelka AP (2000) SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. **5**: 302–11.

Baker SJ (1955) The theory of silences. *J Gen Psychol*. **53**: 145.

Barbour A (2000) *Making contact or making sense: functional and dysfunctional ways of relating*. Humanities Institute Lecture 1999–2000 Series, University of Denver, Denver, CO.

Barnett PB (2001) Rapport and the hospitalist. *Am J Med*. **111**: 31S–35S.

Barrows HS and Tamblyn RM (1980) *Problem-Based Learning: an approach to medical education*. Springer Publishing House, New York.

Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA and Barber N (2000) Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*. **320**: 1246–50.

Barsevich AM and Johnson JE (1990) Preference for information and involvement, information seeking and emotional responses of women undergoing colposcopy. *Res Nurs Health*. **13**: 1–7.

Barsky AJ (1981) Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med*. **94**: 492–8.

Bass LW and Cohen RL (1982) Ostensible versus actual reasons for seeking pediatric attention: another look at the parental ticket of admission. *Pediatrics*. **70**: 870–4.

Bayer Institute for Health Care Communication (1999) *PREPARE to be Partners* (*Program for Patients*). Bayer Institute for Health Care Communication, New Haven, CT.

Beaver K, Luker KA, Owens RG, Leinster SJ, Degner LF and Sloan JA (1996) Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nurs*. **19**: 8–19.

Becker MH (1974) The health belief model and sick role behaviour. *Health Educ Monogr*. **2**: 409–19.

Beckman HB and Frankel RM (1984) The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med*. **101**: 692–6.

Beckman HB and Frankel RM (1994) The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med*. 9(9): 517–21.

Beckman HB, Frankel RM and Darnley J (1985) Soliciting the patient's complete agenda: a relationship to the distribution of concerns. *Clin Res*. **33**: 714A.

Beisecker A and Beisecker T (1990) Patient information-seeking behaviours when communicating with doctors. *Med Care*. **28**: 19–28.

Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E and Azari R (2002) Unmet expectations for care and the patient–physician relationship. *J Gen Intern Med*. **17**: 817–24.

Bellet PS and Maloney MJ (1991) The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA*. **266**: 1831–2.

Benson J and Britten N (1996) Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semi-structured interviews with patients. *BMJ*. **313**: 729–31.

Berg JS, Dischler J, Wagner DJ, Raia JJ and Palmer-Shevlin N (1993) Medication compliance: a health care problem. *Ann Pharmacother*. **27**: 3–22.

Bertakis KD (1977) The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract*. **5**: 217–22.

Bertakis KD, Roter D and Putnam SM (1991) The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*. **32**: 2.

Bibace R and Walsh M (1981) *Children's Conceptions of Health, Illness and Bodily Functions*. Jossey-Bass, San Francisco, CA.

Blacklock SM (1977) The symptom of chest pain in family medicine. *J Fam Pract*. **4**: 429–33.

Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC and Blanchard EB (1988) Information and decision-making preferences of hospitalised adult cancer patients. *Soc Sci Med*. **27**: 1139.

Booth N, Kohannejad J and Robinson P (2002) *Information in the Consulting Room (iiCR). Final Project Report*. Sowerby Centre for Health, Newcastle upon Tyne.

Boreham P and Gibson D (1978) The informative process in private medical consultations: a preliminary investigation. *Soc Sci Med*. **12**: 409–16.

Bouhris RY, Roth S and MacQueen G (1989) Communication in the medical setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Soc Sci Med*. **28**: 339–46.

Bradshaw PW, Ley P, Kincey JA and Bradshaw J (1975) Recall of medical advice: comprehensibility and specificity. *Br J Soc Clin Psychol*. **14**: 55–62.

Branch WT and Malik TK (1993) Using 'windows of opportunities' in brief interviews to understand patients' concerns. *JAMA*. **269**: 1667–8.

Brewin T (1996) *Relating to the Relatives: breaking bad news, communication and support*. Radcliffe Medical Press, Oxford.

Briggs GW and Banahan BF (1979) *A Training Workshop in Psychological Medicine for Teachers of Family Medicine. Handouts 1–3: therapeutic communication*. Society of Teachers of Family Medicine, Denver, CO.

Britten N (1994) Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract*. **44**: 465–8.

Britten N (2003) Concordance and compliance. In: R Jones, N Britten, L Culpepper, D Gass, R Grol, D Mant and C Silagy (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford University Press, Oxford.

Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N and Bradley CP (2000) Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*. **320**: 484–8.

Brod TM, Cohen MM and Weinstock E (1986) *Cancer Disclosure: communicating the diagnosis to patients – a video-tape*. Medcom Inc., Garden Grove, CA.

Brody DS (1980) The patient's role in clinical decision-making. *Ann Intern Med*. **93**: 718–22.

Brody DS and Miller SM (1986) Illness concerns and recovery from a URI. *Med Care*. **24**: 742–8.

Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG and Caputo GC (1989) Patient perception of

involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med.* **4**: 506–11.

Broyles S, Sharp C, Tyson J and Sadler J (1992) How should parents be informed about major procedures? An exploratory trial in the neonatal period. *Early Hum Dev.* **31**: 67–75.

Buckman R (1994) *How to Break Bad News: a guide for healthcare professionals.* Papermac, London.

Buckman R (2002) Communications and emotions. *BMJ.* **325**: 672.

Buller MK and Buller DB (1987) Physicians' communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav.* **28**: 375–88.

Burack RC and Carpenter RR (1983) The predictive value of the presenting complaint. *J Fam Pract.* **16**: 749–54.

Butler C, Rollnick S and Stott N (1996) The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Can Med Assoc J.* **154**: 1357–62.

Butow PN, Dunn SM, Tattersall MHN and Jones QJ (1994) Patient participation in the cancer consultation: evaluation of a question prompt sheet. *Ann Oncol.* **5**: 199–204.

Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MH and Dunn SM (2002) Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology.* **11**: 47–58.

Bylund CL and Makoul G (2002) Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Educ Couns.* **48**: 207–16.

Byrne PS and Long BEL (1976) *Doctors Talking to Patients.* HMSO, London.

Campion P, Foulkes J, Neighbour R and Tate P (2002) Patient-centredness in the MRCGP video examination: analysis of large cohort. *BMJ.* **325**: 691–2.

Campion PD, Butler NM and Cox AD (1992) Principal agendas of doctors and patients in general practice consultations. *Fam Pract.* **9**: 181–90.

Car J and Sheikh A (2003) Telephone consultations. *BMJ.* **326**: 966–9.

Carroll JG and Monroe J (1979) Teaching medical interviewing: a critique of educational research and practice. *J Med Educ.* **54**: 498–500.

Cassata DM (1978) Health communication theory and research: an overview of the communication specialist interface. In: BD Ruben (ed.) *Communication Yearbook.* Transaction Books, New Brunswick, NJ.

Cassell EJ (1985) *Talking with Patients. Volume 2. Clinical technique.* MIT Press, Cambridge, MA.

Cassileth B, Zupkis R and Sutton-Smith K (1980) Information and participation preferences among cancer patients. *NEJM.* **162**: 169–76.

Cegala DJ (1997) A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: implications for communication training. *J Health Commun.* **2**: 169–94.

Cegala DJ (2003) Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Educ Couns.* **50**: 91–4.

Charles C, Gafni A and Whelan T (1997) Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* **44**: 681–92.

Charles C, Gafni A and Whelan T (1999a) Decision making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* **49**: 651–61.

Charles C, Whelan T and Gafni A (1999b) What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ.* **319**: 780–2.

Chugh U, Dillman E, Kurtz SM, Lockyer J and Parboosingh J (1993) Multicultural issues in medical curriculum: implications for Canadian physicians. *Med Teacher.* **15**: 83–91.

Chugh U, Agger-Gupta N, Dillmann E, Fisher D, Gronnerud P, Kulig JC, Kurtz S and Stenhouse A (1994) *The Case for Culturally Sensitive Health Care: a comparative study of health beliefs realated to culture in six North-East Calgary communities.* Citizenship and Heritage Secretariat, Calgary, Alberta.

Coambs RB, Jensen P, Hoa Her M, Ferguson BS, Jarry JL, Wong JS and Abrahamsohn RV (1995) *Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences and Health Costs of Noncompliance and Inappropriate Use of Prescription Medication in Canada*. Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada (University of Toronto Press), Toronto, Ottawa.

Cohen-Cole SA (1991) *The Medical Interview: a three-function approach*. Mosby-Year Books, St Louis, MO.

Cohen-Cole SA and Mance R (1995) Interviewing the suicidal patient. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview*. Springer-Verlag, New York.

Cole S and Bird J (2000) *The Medical Interview: the three-function approach*. Mosby Inc., St Louis, MO.

Colletti L, Gruppen L, Barclay M and Stern D (2001) Teaching students to break bad news. *Am J Surg*. **182**: 20–3.

Corney R (ed.) (1991) *Developing Communication and Counselling Skills in Medicine*. Tavistock/Routledge, London.

Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, Lin CT, Lown B and Salazar WH (2001) 'Let me see if I have this right . . .': words that help build empathy. *Ann Intern Med*. **135**: 221–7.

Coulter A (1999) Paternalism or partnership? Patients have grown up – and there's no going back. *BMJ*. **319**: 719–20.

Coulter A (2002) After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ*. **324**: 648–51.

Coulter A, Peto V and Doll H (1994) Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders. *Fam Pract*. **11**: 67–74.

Coulter A, Entwistle V and Gilbert D (1999) Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ*. **318**: 318–22.

Cox A (1989) Eliciting patients' feelings. In: M Stewart and D Roter (eds) *Communicating with Medical Patients*. Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.

Cox A, Hopkinson K and Rutter M (1981a) Psychiatric interviewing techniques. II. Naturalistic study. *Br J Psychiatry*. **138**: 283–91.

Cox A, Rutter M and Holbrook D (1981b) Psychiatric interviewing techniques. V. Experimental study. *Br J Psychiatry*. **139**: 29–37.

Cushing AM and Jones A (1995) Evaluation of a breaking bad news course for medical students. *Med Educ*. **29**: 430–5.

Dance FEX (1967) Toward a theory of human communication. In: FEX Dance (ed.) *Human Communication Theory: original essays*. Holt, Rhinehart and Winston, New York.

Dance FEX and Larson CE (1972) *Speech Communication: concepts and behavior*. Holt, Rhinehart and Winston, New York.

Davies T (1997) ABC of mental health: mental health assessment. *BMJ*. **314**: 1536–9.

Davis MA, Hoffman JR and Hsu J (1999) Impact of patient acuity on preference for information and autonomy in decision making. *Acad Emerg Med*. **6**: 781–5.

Deber R (1994) The patient–physician partnership: changing roles and the desire for information. *Can Med Assoc J*. **151**: 171–6.

Deber R, Kraetschmer N and Irvine J (1996) What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* **156**: 1414–20.

Degner LF and Sloan JA (1992) Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol*. **45**: 941–50.

Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, Sloan JA, Carriere KC, O'Neil J, Bilodeau B, Watson P and Mueller B (1997) Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*. **277**: 1485–92.

Del Piccolo L, Saltini A, Zimmermann C and Dunn G (2000) Differences in verbal behaviours of patients with and without emotional distress during primary care

consultations. *Psychol Med.* 30: 629–43.

DeVito JA (1988) *Human Communication: the basic course*. Harper & Row, New York.

Deyo RA and Diehl AK (1986) Patient satisfaction with medical care for low back pain. *Spine.* 11: 28–30.

DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS and Prince LM (1980) Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skill. *Med Care.* 18: 376–87.

DiMatteo MR, Hays RD and Prince LM (1986) Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychol.* 5: 581–94.

Dixon-Woods M, Young B and Heney D (1999) Partnerships with children. *BMJ.* 319: 778–80.

Donovan JL (1995) Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *Int J Technol Assess Health Care.* 11: 443–55.

Dornan T and Carroll C (2003) Medical communication and diabetes. *Diabet Med.* 20: 85–7.

Dosanjh S, Barnes J and Bhandari M (2001) Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ.* 35: 197–205.

Dovidio J and Gaertner S (1996) Affirmative action, unintentional biases, and intergroup relations. *J Soc Issues.* 52: 51–75.

Dowell J, Jones A and Snadden D (2002) Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherent' patients: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 52: 24–32.

Dunn SM, Butow PN, Tattersall MH, Jones QJ, Sheldon JS, Taylor JJ and Sumich MD (1993) General information tapes inhibit recall of the cancer consultation. *J Clin Oncol.* 11: 2279–85.

Dye NE and DiMatteo MR (1995) Enhancing cooperation with the medical regimen. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview*. Springer-Verlag, New York.

Eddy DM (1990) Clinical decision making: from theory to practice. Anatomy of a decision. *JAMA.* 263: 441–3.

Edwards A and Elwyn G (2001a) *Evidence-Based Patient Choice: inevitable or impossible?* Oxford University Press, Oxford.

Edwards A and Elwyn GJ (2001b) Risks – listen and don't mislead. *Br J Gen Pract.* 51: 259–60.

Edwards A, Hood K, Matthews E, Russell D, Russell I, Barker J, Bloor M, Burnard P, Covey J, Pill R, Wilkinson C and Stott N (2000) The effectiveness of one-to-one risk communication interventions in healthcare: a systematic review. *Med Decis Making.* 20: 290–7.

Edwards A, Elwyn G and Mulley A (2002) Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ.* 324: 827–30.

Egan G (1990) *The Skilled Helper: a systematic approach to effective helping*. Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.

Egbert LD, Batitt GE, Welch CE and Bartlett MK (1964) Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *NEJM.* 270: 825–7.

Eisenthal S and Lazare A (1976) Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic. *J Nerv Ment Dis.* 162: 169–76.

Eisenthal S, Emery R, Lazare A and Udin H (1979) 'Adherence' and the negotiated approach to parenthood. *Arch Gen Psychiatry.* 36: 393.

Eisenthal S, Koopman C and Stoeckle JD (1990) The nature of patients' requests for physicians' help. *Acad Med.* 65: 401–5.

Ekman P, Friesen WV and Ellsworth P (1972) *Emotion in the Human Face: guidelines for research*. Pergamon, New York.

Eleftheriadou Z (1996) Communicating with patients of different backgrounds. In: M Lloyd

and R Bor (eds) *Communication Skills for Medicine*. Churchill Livingstone, London.

Elstein AS and Schwarz A (2002) Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ*. **324**: 729–32.

Elwyn G, Edwards A and Kinnersley P (1999) Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. **49**: 477–82.

Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P and Grol R (2000) Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*. **50**: 892–9.

Elwyn G, Edwards A, Mowle S, Wensing M, Wilkinson C, Kinnersley P and Grol R (2001) Measuring the involvement of patients in shared decision making: a systematic review of instruments. *Patient Educ Couns*. **43**: 5–22.

Elwyn TS, Fetters MD, Sasaki H and Tsuda T (2002) Responsibility and cancer disclosure in Japan. *Soc Sci Med*. **54**: 281–93.

Elwyn G, Edwards A and Britten N (2003a) 'Doing prescribing': how doctors can be more effective. *BMJ*. **327**: 864–7.

Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C and Grol R (2003b) Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality and Safety in Health Care*. **12**: 93–9.

Ely JW, Levinson W, Elder NC, Mainous AG and Vinson DC (1995) Perceived causes of family physicians' errors. *J Fam Pract*. **40**: 337–44.

Ende J, Kazis L, Ash AB and Moskovitz MA (1989) Measuring patients' desire for autonomy. *J Gen Intern Med*. **4**: 23–30.

Epstein RM (2000) The science of patient-centred care. *J Fam Pract*. **49**: 805–7.

Epstein RM, Morse DS, Frankel RM, Frarey L, Anderson K and Beckman HB (1998) Awkward moments in patient–physician communication about HIV risk. *Ann Intern Med*. **128**: 435–42.

Epstein RM, Quill TE and McWhinney IR (1999) Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. *Arch Intern Med*. **159**: 215–22.

Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R and Rose L (1991) Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educ*. **25**: 517–26.

Faden R, Becker C, Lewis C, Freeman A and Faden A (1981) Disclosure of information to patients in medical care. *Med Care*. **19**: 718–33.

Fadiman A (1997) *The Spirit Catches You and You Fall Down*. Farrer, Strauss and Giroux, New York.

Fallowfield L (1993) Giving sad and bad news. *Lancet*. **341**: 476–8.

Fallowfield LJ and Lipkin M (1995) Delivering sad or bad news. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview. Clinical care, education and research*. Springer-Verlag, New York.

Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP and Baum M (1990) Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*. **301**: 575–80.

Ferguson WJ and Candib LM (2002) Culture, language and the doctor–patient relationship. *Fam Med*. **34**: 353–61.

Field D (1995) Education for palliative care: formal education about death and dying and bereavement in UK medical schools in 1983 and 1994. *Med Educ*. **29**: 414–19.

Fielding R (1995) *Clinical Communication Skills*. Hong Kong University Press, Hong Kong.

Finlay I and Dallimore D (1991) Your child is dead. *BMJ*. **302**: 1524–5.

Fleissig A, Glasser B and Lloyd M (2000) Patients need more than written prompts for communication to be successful. *BMJ*. **320**: 314–15.

Floyd M, Lang F, Beine KLB and McCord E (1999) Evaluating interviewing techniques for the sexual practices history: use of trigger tapes to assess patient comfort. *Arch Fam Med*.

8: 218–23.

Ford S, Schofield T and Hope T (2003) What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation? A qualitative study. *Soc Sci Med.* **56**: 589–602.

Francis V, Korsch B and Morris M (1969) Gaps in doctor–patient communication. *NEJM.* 280: 535–40.

Frankel R (1995) Some answers about questions in clinical interviews. In: G Morris and R Chenail (eds) *The Talk of the Clinic: explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse.* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Freidson E (1970) *Professional Dominance.* Atherton Press, Chicago.

Friedman HS (1979) Non-verbal communication between patient and medical practitioners. *J Soc Issues.* **35**: 82–99.

Gafaranga J and Britten N (2003) 'Fire away': the opening sequence in general practice consultations. *Fam Pract.* **20**: 242–7.

Gafni A, Charles C and Whelan T (1998) The physician–patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* **47**: 347–54.

Garg A, Buckman R and Kason Y (1997) Teaching medical students how to break bad news. *Can Med Assoc J.* **156**: 1159–64.

Gask L (1998) Psychiatric interviewing. In: E Johnstone, C Freeman and A Zealley (eds) *Companion to Psychiatric Studies.* Churchill Livingstone, Edinburgh.

Gask L, Rogers A, Oliver D, May C and Roland M (2003) Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *Br J Gen Pract.* **53**: 278–83.

Gattellari M, Butow PN and Tattersall MH (2001) Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med.* **52**: 1865–78.

Gazda GM, Asbury FR, Balzer FJ, Childers WC, Phelps RE and Walters RP (1995) *Human Relations Development. A manual for educators.* Allyn and Bacon, Boston, MA.

Geisler L (1991) *Doctor and Patient: a partnership through dialogue.* Pharma Verlag, Frankfurt.

Geist-Martin P, Ray EB and Sharf BF (2003) *Communicating Health: personal, cultural and political complexities.* Wadsworth, Belmont, CA.

Gibb JR (1961) Defensive communication. *J Commun.* **3**: 142.

Gick ML (1986) Problem-solving strategies. *Educ Psychol.* **21**: 99–120.

Gigerenzer G (2002) *Reckoning with Risk.* Penguin Books, Harmondsworth.

Gigerenzer G and Edwards A (2003) Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ.* **327**: 741–4.

Ginsberg H and Opper S (1988) *Piaget's Theory of Intellectual Development.* Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Girgis A, Sanson-Fisher RW and Schofield MJ (1999) Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news? *Behav Med.* **25**: 69–77.

Godolphin W, Towle A and McKendry R (2001) Evaluation of the quality of patient information to support informed shared decision making. *Health Expect.* **4**: 235–42.

Goldberg D, Steele JJ, Smith C and Spivey L (1983) *Training Family Practice Residents to Recognise Psychiatric Disturbances.* National Institute of Mental Health, Rockville, MD.

Good MJD and Good BJ (1982) *Patient Requests in Primary Care Clinics.* D Reidel, Boston, MA.

Goodwin C (1981) *Conversation Organisation: interaction between speakers and hearers.* Academic Press, New York.

Gordon GH, Joos SK and Byrne J (2000) Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns.* **40**: 59–65.

Greatbach D, Luff P, Heath C and Campion P (1993) Interpersonal communication and

human–computer interaction: an examination of the use of computers in medical consultations. *Interacting with Computers*. 5: 193–216.

Greenfield S, Kaplan SH and Ware JE (1985) Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med*. 102: 520–8.

Griffith CH III, Wilson JF, Langer S and Haist SA (2003) House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med*. 18: 170–4.

Grol R, van Beurden W, Binkhorst T and Toemen T (1991) Patient education in family practice: the consensus reached by patients, doctors and experts. *Fam Pract*. 8: 133–9.

Guadagnoli E and Ward P (1998) Patient participation in decision making. *Soc Sci Med*. 47: 329–39.

Hack TF, Degner LF and Dyck DG (1994) Relationship between preferences for decision control and illness information among women with breast cancer. *Soc Sci Med*. 39: 279–89.

Hadlow J and Pitts M (1991) The understanding of common terms by doctors, nurses and patients. *Soc Sci Med*. 32: 193–6.

Haidet P and Paterniti DA (2003) 'Building' a history rather than 'taking' one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med*. 163: 1134–40.

Hall JA, Roter DL and Rand CS (1981) Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav*. 22: 18–30.

Hall JA, Roter DL and Katz NR (1987) Task versus socioeconomic behaviour in physicians. *Med Care*. 25: 399–412.

Hall JA, Roter DL and Katz NR (1988) Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Med Care*. 26: 657–75.

Hall JA, Harrigan JA and Rosenthal R (1995) Non-verbal behaviour in clinician-patient interaction. *Appl Prev Psychol*. 4: 21–35.

Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JR, Prichard JS and Seymour C (1975) Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ*. 2: 486–9.

Harrigan JA, Oxman TE and Rosenthal R (1985) Rapport expressed through non-verbal behaviour. *J Nonverb Behav*. 9: 95–110.

Haug M and Lavin B (1983) *Consumerism in Medicine: challenging physician authority*. Sage Publications, Beverly Hills, CA.

Haynes RB, Taylor DW and Sackett DL (1979) *Compliance in Health Care*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.

Haynes RB, McKibbon KA and Kanani R (1996) Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*. 348: 383–6.

Headache Study Group of the University of Western Ontario (1986) Predictors of outcome in headache patients presenting to a family physician – a one-year prospective study. *Headache J*. 26: 285–94.

Health Canada (1996) *It Helps to Talk*. Health Canada, Ottawa, Ontario.

Heath C (1984) Participation in the medical consultation: the co-ordination of verbal and non-verbal behaviour between the doctor and the patient. *Sociol Health Illness*. 6: 311–38.

Helman CG (1978) Feed a cold, starve a fever – folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture Med Psychiatry*. 2: 107–37.

Helman CG (1981) Disease versus illness in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 31: 548–52.

Henbest RJ and Stewart M (1990a) Patient-centredness in the consultation. 1. A method of measurement. *Fam Pract*. 6: 249–53.

Henbest RJ and Stewart M (1990b) Patient-centredness in the consultation. 2. Does it really make a difference? *Fam Pract.* 7: 28–33.

Herman JM (1985) The use of patients' preferences in family practice. *J Fam Pract.* **20**: 153–6.

Hoffer Gittel J (2003) How relational coordination works in other industries – the case of health care. In: *The Southwest Airlines Way: using the power of relationships to achieve high performance*. McGraw-Hill, New York.

Hoffer Gittel J, Fairfield K, Beirbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, Laskin R, Lipson S, Siliski J, Thornhill T and Zuckerman J (2000) Impact of relational coordination on quality of care, post-operative pain and functioning, and the length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care.* 38: 807–19.

Holmes-Rovner M, Valade D, Orlowski C, Draus C, Nabozny-Valerio B and Keiser S (2000) Implementing shared decision making in routine practice: barriers and opportunities. *Health Expect.* 3: 182–91.

Hope T (1996) *Evidence-Based Patient Choice.* King's Fund Publishing, London.

Hope T, Fulford KWM and Yates A (1996) *The Oxford Practice Skills Course: ethics, law and communication skills in healthcare education*. Oxford University Press, Oxford.

Hopton J, Hogg R and McKee I (1996) Patients' accounts of calling the doctor out of hours: qualitative study in one general practice. *BMJ.* 313: 991–4.

Horder J, Byrne P, Freeling P, Harris C, Irvine D and Marinker M (1972) *The Future General Practitioner: learning and teaching.* Royal College of General Practitioners, London.

Hulka BS (1979) Patient–clinician interaction. In: RB Haynes, DW Taylor and DL Sackett (eds) *Compliance in Health Care*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.

Inui TS, Yourtee EL and Williamson JW (1976) Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. *Ann Intern Med.* 84: 646–51.

Jenkins V, Fallowfield L and Saul J (2001) Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer.* 84: 48–51.

Johnson TM, Hardt EJ and Kleinman A (1995) Cultural factors. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview. Clinical care, education and research*. Springer-Verlag, New York.

Johnstone EC, Freeman CPL and Zealley AK (1998) *Companion to Psychiatric Studies*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Joos SK, Hickam DH and Borders LM (1993) Patients' desires and satisfaction in general medical clinics. *Public Health Rep.* 108: 751–9.

Joos SK, Hickam DH, Gordon GH and Baker LH (1996) Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med.* 11: 147–55.

Kai J (2003) *Ethnicity, Health and Primary Care*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford.

Kaiser Family Foundation (1999) *National Survey of Physicians. Part 1. Doctors on disparities in medical care*. The Henry J Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA.

Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, Janicik R, Ferrara E, Lipkin M and Lazare A (2004) Teaching communication in Clinical Clerkships: models from the Macy Initiative in Health Communication. *Acad Med.* 76: 511–20.

Kaplan CB, Siegel B, Madill JM and Epstein RM (1997) Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching. *J Gen Intern Med.* **12 (Suppl. 2)**: S49–55.

Kaplan SH, Greenfield S and Ware JE (1989) Assessing the effects of physician–patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* **27**: S110–27.

Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH and Ware JE (1996) Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med.* **124**: 497–504.

Kassirer JP (1983) Teaching clinical medicine by iterative hypothesis testing. *NEJM.* **309**: 921–3.

Kassirer JP and Gorry GA (1978) Clinical problem solving: a behavioural analysis. *Ann Intern Med.* 89: 893–900.

Keithley J and Marsh G (eds) (1995) *Counselling in Primary Health Care.* Oxford General Practice Series. Oxford University Press, Oxford.

Keller VF and Carroll JG (1994) A new model for physician–patient communication. *Patient Educ Couns.* 23: 131–40.

Keller VF and Kemp-White M (2001) *Choices and Changes: a new model for influencing patient health behavior. Communication with patients: a clinician's guide.* Special publication of the *Journal of Clinical Outcomes Management.* Turner White Communications, Wayne, PA.

Kessel N (1979) Reassurance. *Lancet.* 1: 1128–33.

Kindelan K and Kent G (1987) Concordance between patients' information preferences and general practitioners' perceptions. *Psychol Health.* 1: 399–409.

Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegal N and Campbell MJ (1998) Randomised controlled trial of patient-centred care of diabetes in general practice: impact on current well-being and future disease risk (the Diabetes Care from Diagnosis Research Team). *BMJ.* 317: 1202–8.

Kinnersley P, Stott N, Peters TJ and Harvey I (1999) The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract.* 49: 711–16.

Kleinman A, Eisenberg L and Good B (1978) Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 88: 251–8.

Koch R (1971) The teacher and nonverbal communication. *Theory into Pract.* 10: 231–42.

Korsch B and Harding C (1997) *The Intelligent Patient's Guide to the Doctor–Patient Relationship.* Oxford University Press, New York.

Korsch BM (2002) *Patient-centered communication in pediatric practice: reducing the power gap* (videotape, 32 minutes, 6 seconds). Medical Audio Visual Communications, Niagara Falls, NY.

Korsch BM, Gozzi EK and Francis V (1968) Gaps in doctor–patient communication. *Pediatrics.* 42: 855–71.

Kravitz RL, Cope DW, Bhrany V and Leake B (1994) Internal medical patients' expectations for care during office visits. *J Gen Intern Med.* 9: 75–81.

Kubler-Ross E (1967) *On Death and Dying.* Tavistock Publications, London.

Kuhl D (2002) *What Dying People Want: practical wisdom for the end of life.* Doubleday, Canada.

Kupst M, Dresser K, Schulman JL and Paul MH (1975) Evaluation of methods to improve communication in the physician–patient relationship. *Am J Orthopsychiatry.* 45: 420.

Kurtz S, Silverman J and Draper J (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (1e). Radcliffe Medical Press, Oxford.

Kurtz S, Silverman J, Benson J and Draper J (2003) Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary–Cambridge guides. *Acad Med.* 78: 802–9.

Kurtz SM (1989) Curriculum structuring to enhance communication skills development. In: M Stewart and D Roter (eds) *Communicating with Medical Patients.* Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.

Kurtz SM and Silverman JD (1996) The Calgary–Cambridge Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 30: 83–9.

Laidlaw TS, MacLeod H, Kaufman DM, Langille DB and Sargeant J (2002) Implementing a communication skills programme in medical schools: needs assessment and programme change. *Med Educ.* 36: 115–24.

Lang F, Floyd MR and Beine KL (2000) Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Arch Fam Med.* 9: 222–7.

Lang F, Floyd MR, Beine KL and Buck P (2002) Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction and time expenditure. *Fam Med.* 34: 325–30.

Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S and Wossmer B (2002) Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ.* 325: 682–3.

Larsen KM and Smith CK (1981) Assessment of nonverbal communication in the patient–physician interview. *J Fam Pract.* 12: 481–8.

Launer J (2002) *Narrative-Based Primary Care: a practical guide.* Radcliffe Medical Press, Oxford.

Lazare A, Eisenthal S and Wasserman L (1975) The customer approach to patienthood: attending to patient requests in a walk-in clinic. *Arch Gen Psychiatry.* 32: 553–8.

Leopold N, Cooper J and Clancy C (1996) Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract.* 2: 129–37.

Levenstein JH, Belle Brown J, Weston WW, Stewart M, McCracken EC and McWhinney I (1989) Patient-centred clinical interviewing. In: M Stewart and D Roter (eds) *Communicating with Medical Patients.* Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.

Levinson W and Roter D (1995) Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med.* 10: 375–9.

Levinson W, Stiles WB, Inui TS and Engle R (1993) Physician frustration in communicating with patients. *Med Care.* 31: 285–95.

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT and Frankel RM (1997) The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 277: 553–9.

Levinson W, Gorawara-Bhat R and Lamb J (2000) A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA.* 284: 1021–7.

Lewis C, Knopf D, Chastain-Lorber K, Ablin A, Zoger S, Matthay K, Glasser M and Pantell R (1988) Patient, parent, and physician perspectives on pediatric oncology rounds. *J Pediatr.* 112: 378–84.

Ley P (1988) *Communication with Patients: improving satisfaction and compliance.* Croom Helm, London.

Lipkin M Jr (1987) The medical interview and related skills. In: WT Branch (ed.) *The Office Practice of Medicine.* WB Saunders and Co., Philadelphia, PA.

Lipkin M Jr, Putnam SM and Lazare A (1995) *The Medical Interview. Clinical care, education and research.* Springer-Verlag, New York.

Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M and Kinmonth AL (1997) Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ.* 314: 722–7.

Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K and Payne S (2001a) Observational study of effect of patient-centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 323: 908–11.

Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K and Payne S (2001b) Preferences of patients for patient-centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ.* 322: 468–72.

Lloyd M and Bor R (1996) *Communication Skills for Medicine.* Churchill Livingstone, London.

McCabe R, Heath C, Burns T and Priebe S (2002) Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *BMJ.* 325: 1148–51.

McConnell D, Butow PN and Tattersall MH (1999) Audiotapes and letters to patients: the practice and views of oncologists, surgeons and general practitioners. *Br J Cancer.* 79: 1782–8.

McCroskey JC, Larson CE and Knapp ML (1971) *An Introduction to Interpersonal Communication.* Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

McKinlay JB (1975) Who is really ignorant – physician or patient? *J Health Soc Behav.* 16:

3–11.
McKinley RK and Middleton JF (1999) What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *Br J Gen Pract.* **49**: 796–800.

McWhinney I (1989) The need for a transformed clinical method. In: M Stewart and D Roter (eds) *Communicating with Medical Patients.* Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.

Mader SL and Ford AB (1995) The geriatric interview. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview: clinical care, education and research.* Springer-Verlag, New York.

Maguire P and Faulkner A (1988) Communicate with cancer patients. 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ.* **297**: 907–9.

Maguire P and Rutter D (1976) History taking for medical students. 1. Deficiencies in performance. *Lancet.* **2**: 556–8.

Maguire P, Fairbairn S and Fletcher C (1986a) Consultation skills of young doctors. 1. Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ.* **292**: 1573–76.

Maguire P, Fairbairn S and Fletcher C (1986b) Consultation skills of young doctors. 2. Most young doctors are bad at giving information. *BMJ.* **292**: 1576–8.

Maguire P, Booth K, Elliott C and Jones B (1996a) Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills – the impact of workshops. *Eur J Cancer.* **32A**: 1486–9.

Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C and Hillier V (1996b) Helping cancer patients disclose their concern. *Eur J Cancer.* **32A**: 78–81.

Maiman LA, Becker MH, Liptak GS, Nazarian LF and Rounds KA (1988) Improving pediatricians' compliance enhancing practices: a randomized trial. *Am J Dis Child.* **142**: 773–9.

Makoul G (1998) Medical student and resident perspectives on delivering bad news. *Acad Med.* **73 (Suppl. 10)**: S35–7.

Makoul G (2001) The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns.* **45**: 23–34.

Makoul G (2003) The interplay between education and research about patient–provider communication. *Patient Educ Couns.* **50(1)**: 79–84.

Makoul G and Schofield T (1999) Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement (Netherlands Institute of Primary Health Care). *Patient Educ Couns.* 37: 191–5.

Makoul G, Arnston P and Scofield T (1995) Health promotion in primary care: physician–patient communication and decision about prescription medications. *Soc Sci Med.* **41**: 1241–54.

Males T (1998) Experiences and perceived learning in out-of-hours telephone advice: interview study of ten GPs in a co-operative. *Educ Gen Pract.* **9**: 470–7.

Mandin H, Jones A, Woloshuk W and Harasym P (1997) Helping students learn to think like experts when solving clinical problems. *Acad Med.* **72**: 173–9.

Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, McDonald L, Franz CE and Kravitz RL (2001) Parent expectations for antibiotics, physician–parent communication, and satisfaction. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **155**: 800–6.

Manning P and Ray GB (2002) Setting the agenda: an analysis of negotiation strategies in clinical talk. *Health Commun.* **14**: 451–73.

Marinker M and Shaw J (2003) Not to be taken as directed. *BMJ.* **326**: 348–9.

Marinker M, Blenkinsopp A, Bond C, Britten N, Feely M and George C (1997) *From Compliance to Concordance: achieving shared goals in medicine taking.* Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K and Beckman HB (1999) Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 281: 283–7.

Maynard DW (1990) Bearing bad news. *Med Encounter*. 7: 2–3.

Mazur DJ (2000) Information disclosure and beyond: how do patients understand and use the information they report they want? *Med Decis Making*. 20: 132–4.

Mazzullo JM, Lasagna L and Griner PF (1974) Variations in interpretation of prescription instructions. *JAMA*. 227: 929–31.

Mehrabian A (1972) *Non-Verbal Communication*. Aldine Atherton, Chicago, IL.

Mehrabian A and Ksionsky S (1974) *A Theory of Affiliation*. Lexington Books, DC Health and Co., Lexington, MA.

Meichenbaum D and Turk DC (1987) *Facilitating Treatment Adherence: a practitioner's guidebook*. Plenum Press, New York.

Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR and Fallowfield L (1996) Information needs of cancer patients in west Scotland: cross-sectional survey of patients' views. *BMJ*. 313: 724–6.

Middleton JF (1995) Asking patients to write lists: feasibility study. *BMJ*. 311: 34.

Miller SM and Mangan CE (1983) Interacting effects of information and coping styles in adapting to gynaecological stress: should the doctor tell all? *J Pers Soc Psychol*. 45: 223–36.

Miller W (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother*. 11: 147–52.

Miller W and Rollnick S (1991) *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York.

Miller WR and Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: preparing people for change*. Guilford Press, New York.

Mishler EG (1984) *The Discourse of Medicine: dialectics of medical interviews*. Ablex, Norwood, NJ.

Mitchell E and Sullivan F (2001) A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles in primary care computing during 1980–97. *BMJ*. 322: 279–82.

Mumford E, Schlesinger HJ and Glass GV (1982) The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health*. 72: 141–51.

Munro JF and Campbell IW (2000) *Macleod's Clinical Examination*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Myerscough PR (1992) *Talking with Patients: a basic clinical skill*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford.

Neighbour R (1987) *The Inner Consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style*. MTP Press Ltd, Lancaster.

New South Wales Anaesthetic Continuing Education Committee of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and the Australian Society of Anaesthetists (1993) *An Anaesthetic Catastrophe: managing the aftermath*. New South Wales Anaesthetic Continuing Education Committee of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and the Australian Society of Anaesthetists, Sydney.

Ngo-Metzger Q, Massagli MP, Clarridge BR, Manocchia M, Davis RB, Iezzoni LI and Phillips RS (2003) Linguistic and cultural barriers to care. *J Gen Intern Med*. 18: 44–52.

Novack DH, Dube C and Goldstein MG (1992) Teaching medical interviewing: a basic course on interviewing and the physician–patient relationship. *Arch Intern Med*. 152: 1814–20.

O'Connor AM and Edwards A (2001) The role of decision aids in promoting evidence-based patient choice. In: A Edwards and G Elwyn (eds) *Evidence-Based Patient Choice*.

Oxford University Press, Oxford.

O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Holmes-Rovner M, Barry M and Jones J (1999) Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ*. 319: 731–4.

O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, Entwistle V, Rostom A, Fiset V, Barry M and Jones J (2001) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 3: CD001431.

O'Connor AM, Legare F and Stacey D (2003) Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *BMJ*. 327: 736–40.

O'Keefe M, Roberton D, Sawyer M and Baghurst P (2003) Medical student interviewing: a randomized trial of patient-centredness and clinical competence. *Fam Pract*. 20: 213–19.

Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D and Johnson GA (2002) Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med*. 17: 825–31.

Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D and Vallbona C (1987) Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol*. 6: 29–42.

Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P and Ross AW (1982) Physician communication with children and parents. *Pediatrics*. 70: 396–402.

Parkes CM (1972) *Bereavement: studies of grief in adult life*. International Universities Press Inc., New York.

Parsons T (1951) *The Social System*. Free Press, New York.

Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician–Patient Communication in Medical Education (2001) Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 76: 390–3.

Pendleton D, Schofield T, Tate P and Havelock P (1984) *The Consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford University Press, Oxford.

Pendleton D, Schofield T, Tate P and Havelock P (2003) *The New Consultation*. Oxford University Press, Oxford.

Peppiatt R (1992) Eliciting patients' views of the cause of their problem: a practical strategy for GPs. *Fam Pract*. 9: 295–8.

Perrin EC and Gerrity PS (1981) There's a demon in your belly: children's understanding of illness. *Pediatrics*. 67: 841–9.

Peterson MC, Holbrook J, Von Hales D, Smith NL and Staker LV (1992) Contributions of the history, physical examination and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med*. 156: 163–5.

Pinder R (1990) *The Management of Chronic Disease: patient and doctor perspectives on Parkinson's disease*. Macmillan Press, London.

Pinnock H, Bawden R, Proctor S, Wolfe S, Scullion J, Price D and Sheikh A (2003) Accessibility, acceptability and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *BMJ*. 326: 477–9.

Platt FW and Keller VF (1994) Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med*. 9: 222–6.

Platt FW and McMath JC (1979) Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Intern Med*. 91: 898–902.

Platt FW and Platt CM (2003) Two collaborating artists produce a work of art. *Arch Intern Med*. 163: 1131–2.

Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, Smith RC and Stewart M (2001) 'Tell me about yourself': the patient-centred interview. *Ann Intern Med*. 134: 1079–85.

Poole AD and Sanson-Fisher RW (1979) Understanding the patient: a neglected aspect of medical education. *Soc Sci Med.* **13A**: 37–43.

Priest V and Speller V (1991) *The Risk Factor Management Manual*. Radcliffe Medical Press, Oxford.

Prochaska JO and DiClemente CC (1986) Towards a comprehensive model of change. In: R Miller and N Heather (eds) *Treating Addictive Behaviors*. Plenum Press, New York.

Ptacek JT and Eberhardt TL (1996) Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA.* **276**: 496–502.

Putnam SM, Stiles WB, Jacob MC and James SA (1988) Teaching the medical interview: an intervention study. *J Gen Intern Med.* **3**: 38–47.

Quill TE (1983) Partnerships in patient care: a contractual approach. *Ann Intern Med.* **98**: 228–34.

Quill TE and Brody H (1996) Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med.* **125**: 763–9.

Reilly S and Muzarkara B (1978) *Mixed message resolution by disturbed adults and children.* Behavioral Sciences Clinical Research Center, Philadelphia State Hospital. A paper presented at the International Communication Association Annual Conference, Chicago, IL.

Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH and Johnson AO (2001) Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med.* **33**: 528–32.

Riccardi VM and Kurtz SM (1983) *Communication and Counselling in Health Care.* Charles C Thomas, Springfield, IL.

Richard R and Lussier MT (2003) *Dialogic index: a description of physician and patient participation in discussions of medications.* Paper presented at the National Association of Primary Care Research Group Annual Conference, Banff, Alberta, 21–25 October 2003.

Robinson A and Thomson R (2001) Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care.* **10 (Suppl. 1)**: i34–8.

Robinson J (2001) Soliciting patients' presenting concerns. In: J Heritage and D Maynard (eds) *Practicing Medicine: structure and process in primary care encounters.* Cambridge University Press, Cambridge.

Robinson JD (1998) Getting down to business: talk, gaze and body organisation during openings of doctor–patient consultations. *Health Commun.* **25**: 97–123.

Robinson JD (2001) Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Soc Sci Med.* **53**: 639–56.

Rogers CR (1980) *A Way of Being*. Houghton Mifflin, Boston, MA.

Rogers MS and Todd CJ (2000) The 'right kind' of pain: talking about symptoms in outpatient oncology consultations. *Palliat Med.* **14**: 299–307.

Rollnick S, Butler CC and Stott N (1997) Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Educ Couns.* **31**: 191–203.

Rollnick S, Mason P and Butler C (1999) *Health Behaviour Change: a guide for practitioners.* Churchill Livingstone, Edinburgh.

Rost KM, Flavin KS, Cole K and McGill JB (1991) Change in metabolic control and functional status after hospitalisation. *Diabetes Care.* **14**: 881–9.

Roter D (2000) The enduring and evolving nature of the patient–physician relationship. *Patient Educ Couns.* **39**: 5–15.

Roter D (2002) Three blind men and an elephant: reflections on meeting the challenges of patient diversity in primary care practice. *Fam Med.* **34**: 390–3.

Roter DL (1977) Patient participation in the patient–provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health*

Educ Monogr. 5: 281–315.

Roter DL and Hall JA (1987) Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. *J Gen Intern Med.* 2: 325–9.

Roter DL and Hall JA (1992) *Doctors Talking with Patients, Patients Talking with Doctors.* Auburn House, Westport, CT.

Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker R, Cole KA and Roca RP (1995) Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. *Arch Intern Med.* 155: 1877–84.

Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W and Inui TS (1997) Communication patterns of primary care physicians. *JAMA.* 277: 350–6.

Rowe MB (1986) Wait time: slowing down may be a way of speeding up. *J Teacher Educ.* 37: 43–50.

Rutter M and Cox A (1981) Psychiatric interviewing techniques. I. Methods and measures. *Br J Psychiatry.* 138: 273–82.

Ruusuvuori J (2001) Looking means listening: co-ordinating displays of engagement in doctor–patient interaction. *Soc Sci Med.* 52: 1093–108.

Sandler G (1980) The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. *Am Heart J.* 100: 928–31.

Sanson-Fisher RW (1981) Personal communication. Faculty of Medicine, University of Newcastle, New South Wales, Australia.

Sanson-Fisher RW (1992) *How to Break Bad News to Cancer Patients. An interactional skills manual for interns.* The Professional Education and Training Committee of the New South Wales Cancer Council and the Postgraduate Medical Council of NSW Australia, Kings Cross, NSW, Australia.

Sanson-Fisher RW, Redman S, Walsh R, Mitchell K, Reid ALA and Perkins JJ (1991) Training medical practitioners in information transfer skills: the new challenge. *Med Educ.* 25: 322–33.

Santrock JW (1998) *Child Development.* McGraw-Hill, New York.

Schmidt HG, Norman GR and Boshuizen HP (1990) A cognitive perspective on medical expertise: theory and implication. *Acad Med.* 65: 611–21.

Schofield T, Elwyn G, Edwards A and Visser A (2003) Shared decision making. *Patient Educ Couns.* 50: 229–30.

Schulman BA (1979) Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment. *Med Care.* 17: 267–81.

Scott JT, Entwistle VA, Sowden AJ and Watt I (2001) Giving tape recordings or written summaries of consultations to people with cancer: a systematic review. *Health Expect.* 4: 162–9.

Seidel HM (2003) *Mosby's Guide to Physical Examination.* Mosby, St Louis, MO.

Sepucha KR and Mulley AG (2003) Extending decision support: preparation and implementation. *Patient Educ Couns.* 50: 269–71.

Seymour CA and Siklos P (1994) *Clinical Clerking: a short introduction to clinical skills.* Cambridge University Press, Cambridge.

Silverman J, Kurtz S and Draper J (1998) *Skills for Communicating with Patients* (1e). Radcliffe Medical Press, Oxford.

Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D and Till J (1991) Doctor–patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 303: 1385–7.

Slack WV (1977) The patient's right to decide. *Lancet.* 2: 240.

Smith RC and Hoppe RB (1991) The patient's story: integrating the patient and physician-centred approaches to interviewing. *Ann Intern Med.* 115: 471–7.

Sommer R (1971) Social parameters in naturalistic health research. In: A Esser (ed.)

Behavior and Environment: the use of space by animals and men. Plenum Press, New York.

Sowden AJ, Forbes C, Entwistle V and Watt I (2001) Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer. *Qual Health Care.* **10**: 193–6.

Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC and Gottheil E (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet.* **2**: 888–91.

Spiro H (1992) What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med.* **16**: 843–6.

Spitzer J (2003) *Caring for Jewish Patients.* Radcliffe Medical Press, Oxford.

Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS and D'Lugoff BC (1981) The influence of patient–practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health.* **71**: 127–31.

Steele DJ (2002) Overcoming cultural and language barriers. In: S Cole and J Bird (eds) *The Medical Interview: the three-function approach.* Mosby Inc., St Louis, MO.

Steptoe A, Sutcliffe I, Allen B and Coombes C (1991) Satisfaction with communication, medical knowledge and coping styles in patients with metastatic cancer. *Soc Sci Med.* **32**: 627–32.

Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N and Bradley CP (2000) Doctor–patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med.* **50**: 829–40.

Stewart M (2001) Towards a global definition of patient-centred care. *BMJ.* **322**: 444–5.

Stewart M and Roter D (eds) (1989) *Communicating with Medical Patients.* Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.

Stewart M, Belle Brown J, Donner A, McWhinney IR, Oates J and Weston W (1997) *The Impact of Patient-Centred Care on Patient Outcomes in Family Practice.* Thames Valley Family Practice Research Unit, Ontario.

Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L and Sangster M (1999) Evidence on patient–doctor communication. *Cancer Prev Control.* **3**: 25–30.

Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW and Jordan J (2000a) The impact of patient-centred care on outcomes. *J Fam Pract.* **49**: 796–804.

Stewart M, Meredith L, Belle Brown J and Galajda J (2000b) The influence of older patient–physician communication on health and health-related outcomes. *Clin Geriat Med.* **16**: 25–36.

Stewart MA (1984) What is a successful doctor–patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med.* **19**: 167–75.

Stewart MA (1985) *Comparison of two methods of analysing doctor–patient communication.* Paper presented at the North American Primary Care Research Group Conference, Seattle, 14–17 April 1985.

Stewart MA (1995) Effective physician–patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J.* **152**: 1423–33.

Stewart MA, McWhinney IR and Buck CW (1979) The doctor–patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract.* **29**: 77–82.

Stewart MA, Belle Brown J, Weston WW, McWhinney I, McWilliam C and Freeman T (1995) *Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method.* Sage, Thousand Oaks, CA.

Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL and Freeman T (2003) *Patient-Centred Medicine: transforming the clinical method* (2e). Radcliffe Medical Press, Oxford.

Stiles WB, Putnam SM, James SA and Wolf MH (1979) Dimensions of patient and physician roles in medical screening interviews. *Soc Sci Med.* **13A**: 335–41.

Stillman PL, Sabars DL and Redfield DL (1976) Use of paraprofessionals to teach interviewing skills. *Pediatrics.* **57**: 769–74.

Stimson GV and Webb B (1975) *Going to See the Doctor.* Routledge and Kegan Paul, London.

Strull WM, Lo B and Charles G (1984) Do patients want to participate in medical decision

making? *JAMA*. **252**: 2990–4.

Suchman A, Deci E, McDaniel S and Beckman H (2002) Relationship centred administration. In: R Frankel, T Quill and S McDaniel (eds) *Biopsychosocial Care*. University of Rochester Press, Rochester, NY.

Suchman AL (2001) The influence of healthcare organizations on well-being. *West J Med*. **174**: 43–7.

Suchman AL (2003) Research on patient–clinician relationships: celebrating success and identifying the next scope of work. *J Gen Intern Med*. **18**: 677–8.

Suchman AL, Markakis K, Beckman HB and Frankel R (1997) A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*. **277**: 678–82.

Sutherland HJ, Llewellyn-Thomas HA, Lockwood GA, Tritchler DL and Till JE (1989) Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions. *J R Soc Med*. **82**: 260–3.

Svarstad BL (1974) *The Doctor–Patient Encounter: an observational study of communication and outcome*. University of Wisconsin, Madison, WI.

Tait I (1979) *The History and Function of Clinical Records*. University of Cambridge, Cambridge.

Tate P (1997) *The Doctor's Communication Handbook* (2e). Radcliffe Medical Press, Oxford.

Tate P (2003) *The Doctor's Communication Handbook* (4e). Radcliffe Medical Press, Oxford.

Tates K and Meeuwesen L (2000) 'Let mum have her say': turntaking in doctor–parent–child communication. *Patient Educ Couns*. **40**: 151–62.

Tates K and Meeuwesen L (2001) Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med*. **52**: 839–51.

Tattersall MH, Butow PN, Griffin AM and Dunn SM (1994) The take-home message: patients prefer consultation audiotapes to summary letters. *J Clin Oncol*. **12**: 1305–11.

Tattersall MH, Butow PN and Ellis PM (1997) Meeting patients' information needs beyond the year 2000. *Support Care Cancer*. **5**: 85–9.

Thornton H, Edwards A and Baum M (2003) Women need better information about routine mammography. *BMJ*. **327**: 101–3.

Toon PD (2002) Using telephones in primary care. *BMJ*. **324**: 1230–1.

Towle A and Godolphin W (1999) Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*. **319**: 766–71.

Tresolini CP and the Pew-Fetzer Task Force (1994) *Health Professions Education and Relationship-Centred Care*. The Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education, Pew Health Professions Commission and the Fetzer Institute, San Francisco, CA.

Trevena L and Barratt A (2003) Integrated decision making: definitions for a new discipline. *Patient Educ Couns*. **50**: 265–8.

Truax CB and Carkhuff RR (1967) *Towards Effective Counselling and Psychotherapy*. Aldine, Chicago, IL.

Tuckett D, Boulton M, Olson C and Williams A (1985) *Meetings Between Experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. Tavistock, London.

Van Bilson HP and van Emst AJ (1989) Motivating heroin users for change. In: GA Bennett (ed.) *Treating Drug Abusers*. Routledge, London.

van Thiel J and van Dalen J (1995) *MAAS-Globaal criterialijst, versie voor de vaardigheidstoets Medisch Basiscurriculum*. Universiteit Maastricht, Maastricht.

van Thiel J, Kraan HF and van der Vleuten CPM (1991) Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist. *Med Educ*. **25**: 224–9.

Verderber RF and Verderber KS (1980) *Interact: using interpersonal communication skills*. Wadsworth, Belmont, CA.

Vetto JT, Elder NC, Toffler WL and Fields SA (1999) Teaching medical students to give bad news: does formal instruction help? *J Cancer Educ.* **14**: 13–17.

Waitzkin H (1984) Doctor–patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA.* **252**: 2441–6.

Waitzkin H (1985) Information giving in medical care. *J Health Soc Behav.* **26**: 81–101.

Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB and Lippincott P (1984) Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician–parent interaction. *Pediatrics.* **6**: 1047–53.

Watzlawick P, Beavin J and Jackson D (1967) *Pragmatics of Human Communication.* WW Norton, New York.

Weinberger M, Greene JY and Mamlin JJ (1981) The impact of clinical encounter events on patient and physician satisfaction. *Soc Sci Med.* **15E**: 239–44.

White J, Levinson W and Roter D (1994) 'Oh, by the way' – the closing moments of the medical interview. *J Gen Intern Med.* **9**: 24–8.

White JC, Rosson C, Christensen J, Hart R and Levinson W (1997) Wrapping things up: a qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. *Patient Educ Couns.* **30**: 155–65.

Wissow LS, Roter DL and Wilson MEH (1994) Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics.* **93**: 289–95.

Woolley H, Stein A, Forrest GC and Baum JD (1989) Imparting the diagnosis of life-threatening illness in children. *BMJ.* **41**: 1623–6.

Wright LM, Watson WL and Bell JM (1996) *Beliefs: the heart of healing in families and illness.* Basic Books, New York.

Young B, Dixon-Woods M, Windridge KC and Heney D (2003) Managing communication with young people who have a potentially life-threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *BMJ.* **326**: 305.